

***Cuando se sube la “presión”: rastreando prácticas,
ensamblajes y materialidades***



Universidad
del Cauca

Por:

Jorge Sotelo Daza

Programa de Doctorado en Antropología
Facultad de Ciencias Humanas y Sociales
Universidad del Cauca
Popayán
2022

***Cuando se sube la “presión”: rastreando prácticas,
ensamblajes y materialidades***



**Universidad
del Cauca**

Por:

Jorge Sotelo Daza

***Tesis de grado presentada como requisito parcial para optar el título de
Doctor en Antropología***

Director:

Hugo Portela Guarín PhD

***Programa de Doctorado en Antropología
Facultad de Ciencias Humanas y Sociales
Universidad del Cauca
Popayán
2022***

Tabla de contenido

A modo de introducción	6
Capítulo 1. Una propuesta para el rastreo de la presión arterial	16
1.1 Antecedentes para el rastreo de objetos	18
1.1.1 Mirando con otras miradas y con otros significados la enfermedad	18
1.1.2 Visualizando caminos para el rastreo	19
1.1.2.1 Interaccionismo simbólico.	20
1.1.2.2 Análisis funcionalista.	22
1.1.2.3 El construccionismo social.	24
1.1.2.4 El enfoque de la perspectiva crítica.	25
1.1.2.5 El enfoque interaccionista.	26
1.1.2.6 Enfoque de economía política.	28
1.1.2.7 Enfoque de la teoría feminista.	29
1.1.2.8 Enfoque proceso salud-enfermedad-atención y modelo médico hegemónico.	30
1.1.2.9 Enfoque de la antropología médica crítica.	33
1.1.2.10 Enfoque de la teoría del actor red: una mirada para interpelar aspectos que la ciencia ha asumido como hechos preestablecidos.	36
1.2 Cimientos desde lo teórico como referencia para el rastreo	40
1.2.1 Los estudios sociales de la ciencia y la tecnología	44
1.2.2 El giro ontológico en antropología	44
1.2.3 Acerca de Enactment (poner en acción)	48
1.2.4 De la antropología médica	53
1.2.5 Asumiendo el cuerpo como lugar de interpelación y agencia	59
1.3 Formulando preguntas para el rastreo	60
1.4 Acercamientos a las tácticas para el rastreo	63
1.3.1 De las tácticas para rastrear materialidades y prácticas	64
1.3.2 Develando en las prácticas los saberes que sustentan el dónde y cómo se construye el objeto “presión arterial”	66
1.5 Siguiendo las prácticas desde la praxiografía	71
Capítulo 2. Presión arterial: ¿una cotidianidad encarnada?	77
2.1 Escenarios incómodos	77
2.2 Discursos que se tornan incompatibles	81

2.3 Sistema de salud o sistema de la enfermedad	82
2.4 Acontecimientos históricos de la presión arterial, transición de lo clínico a lo farmacéutico y mercantil	83
2.5 Presión arterial alta, dispositivo que emerge desde las farmacéuticas, el marketing y el mercado	87
2.6 Las cargas de la presión arterial, un discurso biomédico de considerable peso	94
2.7 Ajustes a que lleva la enfermedad crónica	97
2.8 La eficacia terapéutica	98
2.9 De las guías y protocolos para la atención de la presión arterial	100
2.10 Dinámicas de un sistema de salud alimentado desde la estructura neoliberal	101
2.11 La presión arterial desde la política de salud en Colombia	104
2.12 Una carta política para movilizar acciones de prevención y atención de la presión arterial	107
Capítulo 3. Construcción de la presión arterial en los campos de información individual, familiar y comunitario	111
3.1 Construcción de la presión arterial en el campo de información individual	111
3.1.1 Tejiendo en La Casa Grande: ajustes y desajustes a que lleva una intrusa	111
3.1.1.1 El consumo de medicamentos: entre la eficacia simbólica y los acuerdos de la cotidianidad.	129
3.1.1.2 Hacia el habitus de “estilos de vida saludables”, un discurso sistemático para el mantenimiento de la presión arterial.	137
3.1.1.3 Hoy estamos como simples no? El ajuste a las maneras de alimentarse.	140
3.1.1.4 El discurso de la práctica de actividad física regular.	147
3.1.1.5 La abstención del consumo de alcohol para el control de la presión arterial	149
3.1.1.6 La eliminación del consumo de tabaco	150
3.1.2 Dispositivos de poder para el control de la presión arterial: experiencias en la consulta biomédica	151
3.1.3 El abordaje del cuerpo al que se le sube la presión	160
3.2 Construcción de la presión arterial en el campo de información familiar	164
3.2.1 Ajustando la cotidianidad en la dinámica familiar	164
3.2.2 Negociaciones cruciales para adaptar dinámicas familiares	167
3.2.3 Acompañamientos imprescindibles	172
3.3 Construcción de la presión arterial en el campo de información de la comunidad	178
3.3.1 Intercambiando experiencias en el “grupo de hipertensos”	179
3.3.2 Apoyos que emergen desde la participación comunitaria	180
Capítulo 4. Construcción de la presión arterial en el campo de información de los cuidadores de salud y el sistema sanitario	189

4.1 Construcción de la presión arterial en el campo de información de los cuidadores de salud	189
4.1.1 Escenarios y prácticas de los cuidadores de salud	190
4.1.2 Prácticas en el proceso de atención en los hospitales de baja complejidad	192
4.1.3 El discurso del riesgo en el abordaje de la presión arterial alta	193
4.1.4 La presión arterial alta y los dispositivos de poder	197
4.1.5 El escenario de la consulta médica	199
4.1.6 La centralidad de la adherencia terapéutica: un propósito del actuar biomédico	206
4.1.7 Los cuidadores de salud y la medicalización de la vida	208
4.1.8 Además de un enfoque biomédico, una carga administrativa	211
4.1.9 Prácticas en el proceso de atención de los hospitales de la mediana complejidad	212
4.1.10 Prácticas en el proceso de atención de los hospitales de alta complejidad	215
4.1.10.1 La unidad de cuidados intensivos.	215
4.1.10.2 Las unidades de nefrología.	222
4.2 Construcción de la presión arterial en el campo de información del sistema sanitario	224
4.2.1 Prácticas en el caminar desde el sistema de salud	224
4.2.2 Dinámicas del sistema de salud	228
4.2.3 Prácticas de los actores institucionales del sistema de salud	230
4.2.4 Los itinerarios terapéuticos que demarca la presión arterial alta	236
Capítulo 5. Provocaciones para la continuidad	245
5.1 La presión arterial como entidad múltiple: un ensamblaje de prácticas y materialidades	245
Apoyos bibliográficos	250

Agradecimientos

En el maravilloso itinerario de caminar esta tesis doctoral que ha resultado ser un grandioso encuentro conmigo mismo, expreso un agradecimiento muy afectuoso a cada persona que deseó ver culminado con éxito este ejercicio. *Libardo y Trinidad*, mis padres, cuidadores de vida que llevan en sus entrañas amor para con su familia, el mundo y por supuesto, para su hijo (el último de los cinco). Mis hermanos y hermanas: *Esther, Luz, Libardo y Eduar António*, quienes iluminan con sus afectos mi vida. Mis sobrinos *Brian, Yesica, Daniela, Eduard y Camilo*, quienes dan soporte emocional y ayudan a avanzar en la cotidianidad.

A mi gran compañero de vida, estudio, música y trabajo que por más de 14 años ha sido inseparable, incondicional, maestro y ejemplo de amistad y lealtad: *Nicko Sotelo*, sí, del mundo de los caninos, pequeño y agradable, cascarrabias y alegre, pensativo y audaz, un hermoso ser.

A *Yady*, mi compañera de vida con quien he recorrido parte de esta exquisita travesía de la existencia; maestra, pensadora, cuidadora, innovadora, gracias por todos los aportes, “caeres en cuenta” y por darme amor, alimento necesario para avanzar en el propósito.

A *Cristóbal Gnecco*, a quien le expreso mi gratitud y admiración por sus aportes al mundo, así como el amor y entrega para con sus estudiantes, capaz de despojarse de sus cosas para compartirlas con quien las necesita, albergando una sonrisa que ilumina vidas.

A *Hugo Portela*, mi director de tesis, quien escindió el Cauca para el mundo desde la lógica de la antropología (médica, de la salud), cuyos aportes han construido un legado para repensarnos en la práctica sanitaria.

A mis colegas de la Universidad del Cauca con quienes comparto mi cotidianidad; los cuidadores de salud (médicos, enfermeros, auxiliares, promotores, sabedores y gentes de salud); a los padres, madres, abuelos, abuelas, que me permitieron entrar al espacio discreto de sus hogares para continuar en conversación; a las instituciones sanitarias por donde caminé: hospitales, Secretarías de Salud, empresas promotoras de salud; a los líderes comunitarios y lideresas quienes señalaron mis itinerarios y me mostraron la realidad de manera múltiple.

A mis estimados profesores y profesoras del doctorado, agradezco por ensamblarme en el exquisito campo de la antropología. A mis compañeros de escuela, quienes fueron el sustrato para repensar la manera en que se construye la realidad.

A quienes de alguna u otra manera están allí... quizás desde otra dimensión, gracias.

A modo de introducción

No estamos ante diversas ontologías que configuran diversas prácticas y diferentes definiciones de una misma etiqueta de enfermedad, sino, ante un objeto que está actuando efectiva y eficientemente más allá de unos límites claros y precisos, más allá de una situación especial concreta (Castillo y Tirado 2012: 34).

Esta tesis trata sobre la presión arterial alta. Se dedica a investigar las prácticas que hacen diferentes versiones de este objeto; no para describir lo que es; tampoco cómo se trata, sino cómo se hace; cómo y dónde se construye; cómo se moldea; cómo se pone en acción (Mol, 2002); cómo actúa con aquellos lugares donde adquiere otras formas; lo que hace, en lo que se transforma, en lo que convierte a los seres humanos dentro del proceso de relaciones salud-enfermedad-atención, donde la realidad se visualiza como constantemente en movimiento. En la investigación me alejo de la indagación de categorías biomédicas para plantear el desplazamiento de los espacios habituales de producción de la presión arterial alta e identificar dónde se le dota de otros modos de existencia y otros modos de subjetivación, con la pretensión de desestabilizar la idea que la presión arterial alta es uniforme, única, clara y estática; esbozando una lucha contra la singularización (Law, 2004).

El ejercicio investigativo indaga acerca de diversas prácticas y materialidades vinculadas en la producción de la presión arterial. Se plantea que las realidades cobran existencia, a través de las diferentes prácticas de la cotidianidad y las dinámicas donde se llevan a cabo. En estos escenarios la presión arterial es constituida por, y a través, de esas prácticas que, mediante entramados de relaciones, permiten la emergencia de versiones particulares de este objeto. Por supuesto, no solo se contemplan las establecidas por el relato moderno de la biomedicina, sino también, las que surgen fuera de ese campo social, incorporando procesos que se van coordinando, a fin de otorgarle una existencia múltiple.

El problema investigado surge del interés por reflexionar acerca de uno de los eventos biomédicos que con mayor frecuencia moviliza discursos y prácticas, tanto en el sistema de salud, así como en la dinámica familiar y comunitaria. En diferentes escenarios donde me he movilizad como cuidador de salud (enfermero-salubrista), el abordaje de temas relacionados con este evento mórbido, denota una alta relevancia, ya fuese en las clínicas y hospitales; en las empresas promotoras de salud (EPS); en las secretarías de salud municipales y departamentales; en el Ministerio de salud; en la Organización Panamericana de la Salud y, por supuesto, en el contexto familiar y comunitario, donde camina continua y de manera contundente, el discurso biomédico de la presión arterial.

En el ejercicio como cuidador de salud en cada escenario por donde me movilizaba, conversar y debatir sobre la presión arterial alta estaba relacionado con eventos asociados a enfermedad, discapacidad y muerte. Asumir esta realidad traía consigo una carga administrativa compleja demandando grandes esfuerzos para las instituciones sanitarias en el sentido de proveer atenciones con criterios de oportunidad, accesibilidad, calidad y continuidad como lo determina el sistema sanitario. Tales cargas y esfuerzos se agudizaban por limitaciones de la cantidad de cuidadores de salud dispuestos en los hospitales, limitación de recursos económicos, restricción en la disponibilidad de insumos para la atención, lentos procesos contractuales y discontinuidad en la provisión de servicios, además de la delegación de actividades administrativas a las personas que padecían de este tipo de enfermedades que afectan al sistema cardiovascular. Las anteriores brechas se evidenciaban al observar personas haciendo filas a la madrugada tramitando documentos, solicitando fármacos, exámenes de laboratorio, ayudas diagnósticas, interponiendo tutelas a fin de lograr la aprobación de servicios y productos para atender su padecimiento. Tales situaciones me fueron inquietando cada vez más y en esa medida surgieron interrogantes planteando que detrás de ese escenario, existía una buena cantidad de actores, intereses, discursos, regulaciones políticas, instituciones e inclusive negocios que alimentaban una estrategia con la finalidad de ser impuesta desde el gobierno, a través de los actores del sistema de salud para movilizar de forma activa discursos biomédicos cuya pretensión se fundamenta en el control de la población.

Junto con la experiencia vivida como cuidador de salud, existía un interés adicional que involucraba a mi propia familia. Mi padre había sido diagnosticado desde la biomedicina con “presión arterial alta” hacía más de una década. En sus prácticas cotidianas le observaba su marcado interés por cumplir con los requerimientos establecidos por el médico tratante, entre ellos, el consumo de los fármacos en términos de suficiencia y puntualidad; continuas visitas a las instituciones de salud; la práctica de exámenes clínicos y de laboratorio; valoraciones por profesionales especializados; adecuaciones en las maneras de alimentarse, así como la adopción de restricciones en el consumo de café y licor, que de alguna manera empezaron a limitar sus relacionamientos con el grupo de amigos y familiares.

En el espacio de un congreso de salud pública, me permitía escuchar a un médico especializado en medicina interna. Relataba prácticas terapéuticas para la contención de la presión arterial alta, su discurso, a mi modo de ver, “dotado de gran influencia biomédica”, aseveraba que la única manera para el control de las enfermedades causadas por la presión arterial alta, era el consumo de fármacos. Esa escena empezaba a inquietarme. Frunciendo mi ceño, levanté mi mano,

le invité al expositor a ver las realidades de la presión arterial, no de manera unívoca, sino, desde una forma múltiple (por aquellos días me encontraba asistiendo al seminario de la teoría del actor red del doctorado en antropología), él replicó que, basado en su amplia experiencia, no cabían otras alternativas más allá de la fármaco terapéutica. Este espacio incitó de manera categórica la vinculación del estudio de la presión arterial al ejercicio de investigación doctoral; de este modo inicié a caminar con este “objeto” en las imbricaciones que suscita la antropología, a fin de rastrear sus movimientos, ensamblajes y materialidades, “cuando se sube la presión”.

Así las cosas, la intención de la presente investigación, es establecer cómo y dónde se *hace* (se construye) el objeto presión arterial alta desde la representación cultural, e identificar en qué lugares adquiere otras formas; adicionalmente, observar cómo actúa en esos lugares, analizando diferentes campos de información de la cotidianidad, donde interaccionan personas, saberes y prácticas. Llegué a la formulación de este tema de investigación, como lo mencionaba en renglones previos, a partir de la vivencia de experiencias en los diferentes actores del sistema de salud y como familiar de una persona afectada por el aumento de la presión arterial. Asimismo, por el análisis cotidiano de los efectos que este evento genera en la población, a través de la epidemiología convencional¹, una herramienta imprescindible del sistema sanitario; conjuntamente con la escucha de discursos en el entorno académico, donde hay una marcada tendencia a subordinar otras lógicas y realidades que aportan a lidiar con los padecimientos.

En el rastreo de la literatura, encontraba una abrumadora cantidad de estudios relacionados con temáticas de abordaje biomédico sobre la presión arterial. Llamaba la atención que, al contrastar la alta producción de literatura, no se daba al mismo tiempo una disminución en la proporción de las personas que padecían la enfermedad; los estimativos epidemiológicos tendían a la estabilización y en algunas poblaciones al aumento. Esta situación alimentaba la inquietud por socavar los escenarios donde se moviliza este objeto, por supuesto, no desde la lógica positivista, sino desde una mirada alternativa.

Diferentes inmersiones en la estructura política del sistema de salud, posibilitaron incorporarme en el análisis de los planes, programas y proyectos con los que se moviliza el proceso

¹ La epidemiología convencional se fundamenta en el paradigma cartesiano positivista y se dedica a analizar la distribución de los factores de riesgo y la causalidad asociados a las enfermedades en las poblaciones (población como sumatoria de individuos) desde lo biológico y los servicios de salud. La epidemiología crítica, es concebida como uno de los componentes de la medicina social latinoamericana, inmersa en un paradigma socio histórico, expresa una categoría que dinamiza el estudio de la salud colectiva, un movimiento alternativo a la salud pública basado en el análisis de reproducción social en los diferentes determinantes del proceso salud/enfermedad/atención en los colectivos (Breilh, 2013).

de atención de la presión arterial alta; no obstante, la materialización de los componentes de la política sanitaria, eran implementados de manera parcial. En el trasegar de las personas catalogadas como “enfermas de la presión”, además de asignar un diagnóstico, se les incitaba a luchar por su derecho a la salud, lidiando con barreras que el mismo sistema había establecido para acceder de manera continua y oportuna a los requerimientos terapéuticos indicados por los cuidadores de salud. Por otra parte, el fármaco centrismo y la adherencia terapéutica, eran un par de asuntos que alimentaban mi inquietud, pues correspondían a dos de los principales propósitos de los cuidadores y de las personas afectadas por el padecimiento.

El ejercicio de conversación se inició en un hospital de primer nivel (baja complejidad²) de la ciudad de Popayán, escenario donde se llevó a cabo parte de este ejercicio y, en la medida en que fui provocando relatos, me acerqué paulatinamente a los hogares de las personas para entablar conversaciones de mayor profundidad e indagar acerca de los significados de llevar el *rótulo de paciente con presión arterial alta*. Ya con diferentes retos en mi maleta de etnógrafo y después de socavar realidades de las personas y su contacto inicial con el sistema de salud, hice inmersión en los actores del sistema. Recorrí las Empresas Promotoras de Salud (EPS), la secretaría de salud municipal y departamental, los servicios de hospitalización, nefrología y en el caminar fui un poco más allá hasta llegar a las unidades de cuidado intensivo. La inmersión en estos escenarios, me fue mostrando cada vez más diferentes capas de la realidad, donde la presión arterial asume versiones diferentes a la del discurso moderno (biomédico): acciones políticas, intereses institucionales, luchas de los pacientes y prácticas de la cotidianidad en escenarios de atención clínica; terminan por subordinar saberes, prácticas y voces, no solo de las personas con el padecimiento, sino también las de su familia, sus amigos e incluso de los cuidadores de salud.

A partir del ejercicio etnográfico, exploré prácticas, materialidades, actores (humanos y no humanos), entidades, objetos y ensamblajes vinculados en escenarios donde convergen discursos, tecnologías, políticas, procesos organizacionales, administrativos y de gestión, entramados en una red que le posibilita a la presión arterial constituirse como una realidad múltiple, no singularizada.

² El hospital de primer nivel o de baja complejidad en Colombia, se considera la puerta de entrada al sistema sanitario. Se le ha encomendado la tarea de realizar acciones de promoción de la salud, prevención de la enfermedad y procesos asistenciales de recuperación de la salud (hospitalización y urgencias), a través de médicos generales, enfermeros, bacteriólogos, auxiliares de enfermería, odontólogos y promotores de salud. Su principal función se dirige a identificar tempranamente riesgos en las personas que puedan materializar eventos mórbidos, discapacitantes o mortales.

El documento contempla cinco capítulos. En el primer capítulo, abordo algunas tácticas relacionadas con el rastreo de objetos. Asumo a la presión arterial como un objeto susceptible de ser rastreado a través de prácticas cotidianas, a fin de identificar cómo se construye; cómo se hace; como diría Annemarie Mol, cómo se enactúa (Mol, 2002) no desde la perspectiva biomédica vinculante de categorías anatomo fisiológicas, sino como resultado de un proceso de elaboración cultural. Nutrido de los postulados de John Law (2004), pongo en consideración la realización de críticas a la singularidad, esto es, a la idea que en el mundo hay conjuntos de procesos únicos, limitados, unívocos, donde la influencia de la ciencia positivista trata de consolidar a los objetos como coherentes, sumisos y únicos. Incorporo a fin de alimentar esta crítica, lo que Mol (2002) denomina *multiplicidad*, una manera de escindir diversas formas de ver, sentir, hacer o ser una cosa, un objeto o una entidad. Para circunscribir tales consideraciones a la investigación, hago referencia a los diferentes enfoques empíricos que han abordado la investigación de las enfermedades crónicas, en especial las cardiovasculares, donde se halla inmersa la presión arterial alta.

A continuación, hago énfasis en los enfoques de la antropología médica y los estudios sociales de la ciencia y la tecnología. En este escenario, reconozco las miradas y significados de la enfermedad, a través de autores que me llevan a ampliar la concepción de lo mórbido, identificando formas y categorías para explorar mucho más allá de las concepciones y conceptualizaciones biologicistas-cientificistas. Exploro el movimiento “giro ontológico” en antropología y las maneras como se asume la investigación desde la teoría del actor red. En esta corriente de pensamiento, hago una inmersión en los postulados de Annemarie Mol y la multiplicidad de los objetos. Por otra parte, incorporo abordajes para asumir el cuerpo como un lugar de interpelación y agencia y no como un mero recipiente de anatomía y fisiología, como lo define la ciencia biomédica y, en especial, el sistema de salud colombiano. En este aparte, menciono autores y autoras que vinculan la categoría cuerpo en una geografía de posibilidades que incitan al análisis desde otras miradas, más allá de lo anatómico y visible. Este insumo dota al ejercicio de investigación de categorías para interpelar aspectos que la ciencia ha asumido como hechos preestablecidos y denota prácticas y escenarios donde la presión arterial se transforma para ir más allá de las fronteras anatomo fisiológicas. A partir de esta forma de apreciar la realidad, es como se van develando las prácticas y los saberes, a fin de sustentar el dónde y cómo se construye la presión arterial.

De otra parte, describo las tácticas para rastrear movimientos, es decir, la manera como se dinamiza el ejercicio en los campos de información seleccionados con el interés de analizar las formas en que se hace la presión arterial a través de las prácticas, vinculando la materialidad. Se plantea, así mismo, el propósito del estudio, se formulan preguntas y se hace énfasis, entre otras

cosas, a la praxiografía, una manera de seguir objetos para identificar cómo se promulgan las entidades a través de las prácticas, las materialidades y los saberes.

En el segundo capítulo planteo una pregunta: La presión arterial, ¿una cotidianidad encarnada³? En este aparte dispongo la descripción de los diferentes escenarios donde he transitado como cuidador de salud y manifiesto incomodidades percibidas en algunos de ellos. Esas incomodidades surgen principalmente por el posicionamiento del discurso biomédico, además de la manera en que se transa el proceso de salud-enfermedad-atención en la dinámica del sistema sanitario. Acto seguido, me permito reunir y describir antecedentes de la historia para ayudar a la comprensión de la manera como se construyó el objeto presión arterial alta desde la lógica farmacéutica y mercantil, incorporando estrategias del marketing que dieron origen a un discurso medicalizador de la presión arterial y de la propia vida, como una estrategia favorecedora para casas productoras de fármacos que, a la vez, llegaron a acuerdos con organizaciones gubernamentales para la conformación de políticas que vinculan regímenes terapéuticos dirigidos a la prevención y mitigación de cifras tensionales elevadas.

Por otro lado, describo las cargas epidemiológicas que genera la presión arterial alta como evento mórbido en la población mundial, regional y local, así como su marcada influencia en la dinamización de procesos asistencialistas circunscritos en la política pública de salud de los países. De otra parte, comento cómo la singularización de la presión arterial alta como objeto biomédico único e invariable, se incorpora en las guías y protocolos para la atención, tanto de manera individual como colectiva. A manera complementaria, describo dinámicas de un sistema de salud permeado por la política neoliberal que incorpora prácticas y configuraciones sociales, culturales, políticas y económicas determinantes del proceso salud-enfermedad actual. Se incluyen algunas categorías relacionadas con los ajustes a los que lleva la enfermedad crónica en la cotidianidad y los requerimientos necesarios para soportar sus exigencias. De la misma manera, menciono algunos componentes de la eficacia terapéutica.

³ Al hacer referencia a “encarnado”, el cuerpo se asume en el ejercicio de investigación a partir de la propuesta de Csordas (2011:63) donde convergen conceptualizaciones del cuerpo como categoría de la investigación en antropología. El autor plantea la teoría de la in-corporación (embodiment) como una perspectiva a través de la cual se estudia la cultura y el self (Csordas, 2011:61), no asumiendo al cuerpo como un objeto de estudio per se, pues esto supone la objetivación, sino como el sujeto y donde acontece la cultura, generando un cuerpo significativo en un mundo de significados. Esta mirada aporta a la deconstrucción de dicotomías de la modernidad como cuerpo-mente, cognición-emoción, individuo-sociedad, sujeto-objeto, público-privado. De manera que se asume la experiencia del cuerpo como un elemento fundamental en la comprensión de nosotros mismos como seres en el mundo y como “la condición existencial en la cual el cuerpo es la fuente subjetiva o el fundamento intersubjetivo de la experiencia” (Csordas, 1999: 143).

En las descripciones del tercer capítulo, vinculo el ejercicio de conversación a través de la realización de entrevistas a profundidad y las observaciones registradas en el diario de campo. Los relatos obtenidos fueron el producto de la inmersión en tres *campos de información* donde se realizó el ejercicio etnográfico: Por una parte, los hogares de las personas con el padecimiento (incluida la de mi padre), donde en la medida que conversaba en escenarios hospitalarios, iba haciendo méritos para acceder a estos espacios. Por otra parte, consultorios médicos, grupo de “hipertensos”, espacios comunitarios y escenarios institucionales del sector sanitario, en los cuales me adentré para describir la construcción de la presión arterial desde campos de información individual, familiar y comunitario.

Desde el campo de información individual, realizo una descripción de *la casa grande*, el hogar de mi madre y mi padre, identificando ajustes y desajustes a que lleva una *intrusa* (la presión arterial alta). De la misma manera, me vinculo con las experiencias de las personas diagnosticadas con este evento, quienes permitieron provocar relatos en el escenario de su hogar, explorando en medio de las dinámicas individuales donde se llevan a cabo prácticas para cumplir con los requerimientos terapéuticos establecidos por el sistema de salud. Describo prácticas en el consumo de medicamentos y componentes relacionados con la eficacia simbólica y los dispositivos de poder. Por otra parte, rastreo los ajustes a los “estilos de vida saludable” que imparten los cuidadores del sistema de salud, no solo a las personas con el padecimiento, sino también a sus familiares y cuidadores. Describo prácticas relacionadas con las formas de alimentación, las prácticas de actividad física, la abstención del consumo de alcohol y la eliminación del consumo de tabaco.

En el campo de información familiar, llevo a cabo descripciones relacionadas con las prácticas que permiten hacer presión arterial en el escenario donde converge la cotidianidad de las personas diagnosticadas con presión arterial alta y la relación con su familia. Allí se describen los ajustes necesarios para consolidar procesos de cuidado y la asunción de la terapéutica en el seno de las relaciones familiares. Para terminar, se hacen descripciones en relación con el campo de información comunitario; aquí la movilización de los líderes sociales, apoya el cumplimiento de los regímenes terapéuticos de personas desprovistas de capacidad para acceder a los servicios de salud.

En el cuarto capítulo, se describe el escenario de los cuidadores de salud, conjuntamente con la identificación de diferentes prácticas que dan forma a la presión arterial desde la dinámica del proceso asistencialista, clínico y hospitalario, incorporando abordajes más allá de la concepción biomédica. En este ejercicio, se devela el discurso del riesgo para movilizar la presión arterial, junto con los diferentes dispositivos de poder utilizados para controlar a la población. Se hace énfasis en la

centralidad de la adherencia terapéutica como un propósito prioritario del actuar médico y las lógicas de los cuidadores de salud en la medicalización de la vida. Se relata, además del enfoque biomédico, la alta carga administrativa requerida para gestionar servicios terapéuticos y alcanzar los estándares de control de la presión arterial en diferentes escenarios de atención del sistema sanitario. Caminando un poco más allá, me adentro en las unidades de cuidado intensivo.

De otra parte, en este capítulo se hacen descripciones relacionadas con la construcción de la presión arterial en el contexto del sistema de salud, un escenario donde se vincula con fuerza procesos administrativos, de gestión y la asistencia médica, a fin de movilizar la política pública sanitaria y la atención de personas con enfermedad asociada a la presión arterial. Se describen relatos relacionados con los cuerpos y las intersecciones entre las ciencias, las tecnologías y la política, así como descripciones de prácticas de los actores sanitarios en el proceso de atención, junto con los itinerarios terapéuticos que demarca el padecimiento en las personas. Se hace alusión a las barreras y dificultades en el acceso a los servicios y en la medida en que se hace inmersión en el campo de información, van generando situaciones complejas que dan cuenta de las dificultades para operar el sistema. Emerge la “orden de apoyo”, un actor dotado de agencia, generador de un “dejar morir o dejar vivir”.

En el quinto capítulo se plantean *provocaciones para la continuidad*, haciendo alusión a la presión arterial alta como una entidad múltiple construida por el ensamblaje de prácticas y materialidades. En este capítulo se describen prácticas, actores y versiones del objeto, trascendiendo la definición singularizada que establece la biomedicina. La presión arterial alta manifiesta en sus diferentes versiones, adquiere formas como cifra, diagnóstico, rótulo, intrusa, asesino silencioso, riesgo, dispositivo de poder, orden de apoyo, negocio, indicador de bienestar, vinculante de relaciones, movilizador del cumplimiento del derecho a la salud y una línea que dibuja la vida. Se plantea que la promulgación de la presión arterial alta, de acuerdo con las dinámicas, relatos, prácticas, ensamblajes y conversaciones sostenidas con los diferentes participantes del ejercicio de investigación, es múltiple. En ese sentido, se esbozan inquietudes para abordar el estudio del problema desde categorías críticas, a fin de plantear una lucha contra la singularidad de la concepción biologicista científicista.

Vale la pena mencionar que las diversas epistemes que analizan la presión arterial, se han construido a través de diferentes y complejos procesos que le dotan de sus características actuales y, en la medida que han permanecido en el tiempo, ha sido por alcanzar resultados exitosos. A este respecto, lo dispuesto en esta tesis no corresponde a un ataque a la ciencia o a la biomedicina, por el

contrario, se considera como una reflexión en este campo del conocimiento. Desde este lugar, me permito observar con detenimiento las prácticas, a fin de conocer las lógicas que las subyacen y contextualizar y conocer sus límites, pues necesitamos articularlas a partir de las posibilidades, porque los individuos transitamos y necesitamos de esa diversidad.

Capítulo 1. Una propuesta para el rastreo de la presión arterial

“Los objetos entonces no existen por sí mismos, sino que se van haciendo, ensamblando, montando, en sus territorios interiores” (Law 2004: 97).

La investigación se dirigió a indagar acerca de la “presión arterial alta”, un objeto que la biomedicina ha denominado como el principal factor de riesgo de padecer eventos cerebrovasculares cuando sus niveles aumentan, generando complicaciones como infartos, angina de pecho, insuficiencia cardíaca, derrames cerebrales y enfermedad renal. Ese aumento de la presión arterial ha sido considerado como el “asesino silencioso” siendo más frecuente en personas adultas mayores con factores de riesgo (sedentarismo, sobrepeso, diabetes, antecedente genético). Estas manifestaciones provocan buena parte de la enfermedad, discapacidad y muerte hablando en términos científicos. El aumento de presión arterial se diagnostica con base en desviaciones numéricas en lugar de síntomas (Greene, 2006) y se trata de forma preventiva antes que se presenten signos manifiestos. Las intervenciones terapéuticas actuales no han logrado disminuir la incidencia, por el contrario, existe una tendencia al incremento, pasando de 600 millones de afectados en 1980 a mil millones en el 2008 (OMS, 2013).

Esto supone que la presión arterial alta es un objeto existente; un objeto natural, de acuerdo con la perspectiva biomédica científicista, sin embargo, ¿qué pasaría si lo consideramos de otra manera?; ¿qué pasaría si no se asume como un objeto natural?; y si lo vemos como un objeto que se construye como resultado de una elaboración cultural y no desde el comportamiento anatómico fisiológico? A este planteamiento hago referencia en la presente investigación.

Desde esta mirada, no buscaba describir lo que la presión arterial alta es; tampoco cómo se trata; sino cómo se hace; cómo y dónde se construye; cómo se moldea; cómo se pone en acción; cómo se hace en aquellos lugares donde adquiere otras formas; lo que hace; en lo que se transforma; en lo que convierte a los seres humanos dentro del proceso de relaciones salud-enfermedad-atención donde la realidad se visualiza como constantemente en movimiento y siempre en incesante auto transformación, donde se ve el mundo en términos de “convertirse” en lugar de “ser” (Deleuze y Guattari, 2004). En tal sentido, su objetivo no es representar el mundo “tal cual es”, sino de ver lugares de construcción de la presión y su multiplicidad en diferentes mundos; como plantea Haber (2011) en su propuesta de investigación indisciplinada, seguir el negativo de las huellas que persisten aun no estando, escuchando lo no dicho de las palabras, siguiendo todas aquellas posibilidades que el camino olvida, que el protocolo obstruye, que el método reprime.

La definición de la Organización Mundial de la Salud (OMS) acerca de la presión arterial menciona que, “... se crea por la combinación de la fuerza del corazón que bombea la sangre a la circulación contra las paredes arteriales, el volumen sanguíneo y la elasticidad de las arterias y se define como un indicador del equilibrio fisiológico...” (OMS 2020: 7). La presión arterial alta o hipertensión arterial, es un trastorno en el que los vasos sanguíneos tienen una tensión persistentemente alta o por encima de los valores considerados óptimos o normales (120/80 mm/Hg), la hipertensión arterial se diagnostica y es documentada por el médico, cuando la presión arterial sistólica de la persona es mayor o igual a 140 mmHg y su presión arterial diastólica es mayor o igual a 90 mmHg, tras la realización de tres mediciones (OMS 2020: 9). Esta postura la hace un objeto medible, cuantificable, evaluable, delimitable y estandarizado, incrustado en el relato moderno, comprendido como un todo singular y uniforme. Para efectos de la investigación, se buscaba la incorporación de una lente de multiplicidad en la identificación de diferentes prácticas y relacionamientos que puedan hacer emerger a la presión arterial como una entidad que adquiere otras formas, esto es, profundizar en las relaciones establecidas entre diferentes actores humanos, no humanos, así como tecnologías, para producir diferentes versiones de la presión arterial, superando su concepción como proceso biológico/corporal, dado que su existencia no está sólo en el cuerpo de las personas.

Desde esta mirada, tomé distancia de la indagación de categorías biomédicas para plantear el desplazamiento de los espacios habituales de producción de la presión arterial e identificar dónde se le dota de otros modos de existencia y otros modos de subjetivación, con la pretensión de desestabilizar la idea que la presión arterial es uniforme, única, clara y estática; es decir, se planteó realizar un aporte a la eliminación de lo que John Law ha denominado *singularidad*. Él la define como “aquella idea que en el mundo hay conjuntos de procesos determinados, limitados y, por lo tanto, únicos, de que el mundo es una sola cosa” (Law, 2004: 8), donde la ciencia positivista trata de consolidar un solo objeto como coherente, racionalizado y sumiso entre unas versiones sobre otras, excluyendo la construcción de objetos inclusivos y contradictorios de formas compuestas, indefinidas, fluidas y superpuestas. Se abordó el concepto de multiplicidad (Mol, 2002) en el cual se pone de relieve las diversas maneras de ver, sentir, hacer o ser una cosa en particular, donde se resiste el reduccionismo e invita a examinar las muchas posibilidades de las cosas. Una lente de multiplicidad brinda oportunidades para explorar categorías que comúnmente no se examinan ni se reconocen, y “no se sigue una mirada que trata de ver objetos, sino que sigue los objetos mientras son construidos en la práctica” (Mol 2002: 147).

El ejercicio investigativo indaga diversas materialidades vinculadas en la producción de la presión arterial. Se plantea que las realidades cobran existencia a través de las diferentes prácticas de la cotidianidad y las dinámicas donde se llevan a cabo. En estos escenarios, la presión arterial es constituida por, y a través de esas prácticas que, mediante entramados de relaciones, permiten la emergencia de versiones particulares de este objeto. Por supuesto, no solo se contemplan las establecidas por el relato moderno de la biomedicina, sino las que surgen fuera de ese campo social, incorporando procesos que se van coordinando y distribuyendo para otorgarle una existencia múltiple.

El interés por investigar al objeto presión arterial desde una postura amplia, más allá de la singularidad, incorporó lugares donde diferentes prácticas le dan forma desde la representación cultural y no desde el comportamiento anatómico fisiológico, para considerar otras maneras de lo que en la cotidianidad la biomedicina moviliza en términos de la producción de conocimiento para tratar a sujetos “enfermos” a causa de la “presión arterial alta”. La biomedicina posee diferentes discursos acerca de este objeto, así mismo, aborda diversos modos en la manera de tratarla cuando esta aumenta sus niveles, ya sea desde herramientas de la medicina interna, cardiología, hematología, fisiología, patología, medicina crítica, inmunología, entre otras, que le asignan una pluralidad para el análisis donde coexisten diferentes lógicas (Mol y Marc, 1994). Ahora bien, se toma en cuenta que los sujetos en relación con los padecimientos no construyen la enfermedad de la misma manera y los conceptos, significados y símbolos para representarla, son diferentes.

1.1 Antecedentes para el rastreo de objetos

1.1.1 Mirando con otras miradas y con otros significados la enfermedad

El concepto de salud no es único y universal, como tampoco lo es el de enfermedad. Son cambiantes y dependen de los sujetos y de los contextos desde donde se conceptualizan. De una parte, el modelo biomédico hegemónico define un ámbito en el cual se privilegia lo biológico como determinante de la salud y la enfermedad, desde lo individual y sustentándose en el positivismo para su indagación científica. Está configurado por la actividad y las necesidades de los profesionales sanitarios dedicados a la asistencia. En él predominan los objetivos curativos y pragmáticos. Su paradigma de acción es la atención individualizada a sujetos que padecen enfermedades reconocibles con alteraciones corporales evidentes. En este contexto, el concepto primario es de enfermedad objetiva, diagnosticable por sus signos anatómicos y fisiológicos. Desde esta posición, la salud tiende a ser concebida como ausencia de enfermedad y esa reducción de la enfermedad a un

problema de exclusividad biológica en el que su origen consiste en un agente identificable mediante técnicas de laboratorio, exámenes paraclínicos y el hallazgo de signos anatómicos.

La anterior mirada deja de lado dinámicas históricas, culturales, sociales, políticas y económicas, considerando a los sujetos de manera aislada donde prevalece el daño corporal como síntoma. Sin embargo, otras miradas asumen la salud y la enfermedad como un proceso en continua relación con el entorno donde viven los sujetos. Desde una perspectiva indígena, por ejemplo, los términos salud y enfermedad no existen en su lengua y los han apropiado por el contacto intercultural; comprenden un conjunto de ideas, conceptos, creencias, mitos y procedimientos, que adquieren significados diferentes dependiendo del contexto donde se usen. Estos tienen que ver con dolencias físicas, mentales y desequilibrios sociales donde en el entorno existen considerables fuerzas que no se controlan y en ocasiones ni se conocen, sin embargo, están acechando constantemente y poniendo en peligro la salud, el bienestar o el buen vivir de las personas. En su variedad de significados, la salud es un concepto de predominancia holística considerado como forma *armónica* de vivir donde hay equilibrio físico, mental y espiritual en una relación de los seres vivos con la naturaleza, la comunidad, la cultura, la tierra, el medio ambiente, los antepasados y los dioses (Portela y Portela, 2018).

Lo que se ha definido como enfermedad, es una construcción sociocultural que afecta la colectividad y varía de conformidad con diferentes espacios y tiempos. Las explicaciones sobre su producción pasan por la acción de agentes externos, creencias mágico-religiosas, sobrenaturales, medioambientales, mentales y biológicas. Es un fenómeno complejo ligado a la persona, su subjetividad, circunstancias vitales, condiciones sociales, culturales, económico-políticas, donde la causalidad ya no se entiende como un fenómeno lineal, sino como un proceso dinámico y multivariado donde se dan una serie de rupturas del equilibrio incluyendo al grupo social y su entorno. En esa medida, la enfermedad adquiere un significado que trasciende el espacio discreto de lo corporal. Diferentes propuestas críticas dan cuenta de la transformación de ámbitos de la biología y la medicina (Mol, 2002; Ibañez, 2004; Berg, 2004; Martínez, 2016) conduciendo a un análisis con perspectivas desde el orden social y material, analizando roles que tanto entidades humanas como no humanas ejercen para movilizar la acción, elaborar el conocimiento y promulgar hechos.

1.1.2 Visualizando caminos para el rastreo

En el ejercicio de interpretación de hallazgos y categorías empíricas en la investigación acerca de los procesos de salud y enfermedad, han confluído varios enfoques teóricos. Tales enfoques están dotados de suficiencias, sin embargo, le caracterizan limitaciones, pues las perspectivas no son

completas o suficientes desde un relativismo cultural epistémico. Desde la antropología, un enfoque reflexivo permite la posibilidad de simbolizar las prácticas del ser humano a fin de interpretar y explicar los significados y las representaciones de la realidad, partiendo del escenario sociocultural desde donde se realizan las observaciones. Llevar a cabo un rastreo de los principales enfoques teóricos con los que asume la investigación empírica para abordar la salud y la enfermedad y, en particular las enfermedades crónicas donde está inmersa la presión arterial alta, me indujeron a tomar en cuenta postulados desde el enfoque ontológico del cual me ocupo en la presente investigación; este abordaje provocó el reconocimiento de algunas brechas en el proceso de conceptualización de la salud y la enfermedad.

El campo social de la salud es considerado como un espacio de construcción simbólica (Granada, 1999) donde se circunscriben complejas y diversas relaciones, no solo dentro de este campo, sino también desde los otros campos que le rodean. En el interior del campo, el referente principal es el lenguaje y sus significados, y desde los otros campos, la manera en que los imaginarios colectivos en salud se construyen. Reflexionar sobre este asunto llevará a involucrarse en los diferentes campos con el propósito de reconstruir imaginarios, prácticas, identidades, y visualizar interacciones sociales y las redes donde se encuentran inmersas.

En el proceso de teorización, investigación e interpretación de hallazgos empíricos de categorías acerca de la salud y la enfermedad (incluyendo las enfermedades crónicas cardiovasculares), han sido involucrados enfoques como el interaccionismo simbólico, el análisis funcionalista, el construccionismo social, las perspectivas interaccionistas, la perspectiva crítica, la economía política, la teoría feminista, la antropología médica crítica, el proceso salud-enfermedad-atención, el enfoque de la teoría del actor red, entre otros. A continuación, me permitiré hacer una breve descripción de cada uno de ellos con el interés de reconocer sus aportes al estudio de las dinámicas de los procesos de salud y enfermedad y, de alguna manera, apoyar la decisión de asumir un enfoque ontológico en la investigación, a su vez, transitar en la emergencia y reconocimiento de diferentes categorías en relación con la construcción de la presión arterial.

1.1.2.1 Interaccionismo simbólico.

Este enfoque se ha utilizado en el abordaje etnográfico de la enfermedad desde hace más de sesenta años. Asume que la enfermedad y la experiencia subjetiva de las personas se construyen mediante la relación médico-paciente, ampliando las categorías de análisis del proceso de enfermar hacia un logro social, construido por diferentes actores, mitigando el énfasis de las alteraciones del funcionamiento fisiológico. En este enfoque se asume la dimensión simbólica del comportamiento

humano. Su análisis opera como un proceso hermenéutico y dialéctico porque plantea un ejercicio tanto interpretativo como comparativo, buscando interpretar el accionar humano para lograr encontrar significados y no leyes. Se da por sentado que los procesos de salud y enfermedad se circunscriben como construcciones humanas donde las personas perciben de manera subjetiva. En el interaccionismo simbólico se toma en consideración los contextos de enfermedad y se analiza las interacciones de las personas afectadas con procesos mórbidos en su cotidianidad; por otra parte, se estudian las representaciones sociales que los cuidadores de salud le asignan a la enfermedad, su tratamiento, evolución y la manera como se aplica el discurso y conocimiento biomédico (Bleda, 2006). Este enfoque parte de la identidad, vinculación e interacción de las personas tomando en cuenta las impresiones que hacen los otros de uno mismo, para analizar el rol de los afectados por una enfermedad en el proceso de interacción con los cuidadores de salud.

Autores como Becker et. al., (1961), Strauss (1997) y Corbin (1975), se vinculan en el escenario del interaccionismo simbólico para nutrir el análisis y conceptualización de la enfermedad con la teoría del etiquetado y la teoría fundamentada. La teoría del etiquetado hace alusión a la desviación del estándar de las normas culturales y sociales, las cuales no emergen de los actos, sino que existe una tendencia de la mayoría de las personas a calificar negativamente la propia identidad y el comportamiento de los individuos, influenciada por términos usados para describir o clasificar los comportamientos a través de estereotipos. La teoría se enfoca en minorías objeto de etiquetas o calificaciones negativas como personas en situación de discapacidad, homosexuales, minorías étnicas, criminales, entre otros. De otra parte, la teoría fundamentada plantea analizar el tipo de interacción dadas entre las personas y los cuidadores de salud, bajo qué condiciones se dan y las consecuencias que estas interacciones representan.

En el interaccionismo simbólico, se toman en cuenta aspectos relacionados con las actuaciones y experiencias de las personas, así que el sujeto, el grupo y los símbolos, se convierten en el sustrato para el análisis. Las personas actúan de acuerdo con el significado dado a los objetos y las interacciones producto de tal situación. Las personas en la cotidianidad conviven con diferentes objetos, los cuales llevan a la acción y los significados se determinan en la interacción entre el sujeto y el objeto. Por otra parte, la significación de las cosas se da de la interacción social de una persona con otros actores; tales significaciones son susceptibles de ajustarse, a través de un proceso de interpretación llevado a cabo por los sujetos en relación con las cosas de la cotidianidad. De manera que el investigador debe comprender la forma como se construyen categorías en el contexto social, formas de pensamiento de los involucrados y en qué se basan para tomar decisiones, así como la forma de actuar. Una conducta se construye en el proceso de interacción social a través de un

sistema de sentidos intersubjetivos, es decir, de una serie de símbolos de los actores implicados en el proceso; de esta manera, los sujetos conforman valores compartidos mediante las interacciones. Tales significados constituyen la realidad.

1.1.2.2 Análisis funcionalista.

El enfoque del análisis funcionalista considera que la sociedad está conformada por partes que interactúan articuladamente para lograr mantener el conjunto social. Si una parte de este conjunto social funciona inadecuadamente, amenaza a la sociedad en su conjunto, llevando a efectuar de manera obligada ajustes y controles; esto quiere decir que, el orden social⁴ depende del funcionamiento de los sujetos a fin de mantenerlo, en ese sentido, los funcionalistas analizan fenómenos y acciones humanas, lo mismo que sus roles, de acuerdo con su papel o función en el orden social para identificar el funcionamiento ordenado y la estabilidad de los grupos. Este enfoque considera a la enfermedad como un hecho social, en tal sentido, además de la dinámica fisiológica,

⁴ El orden social hace alusión a la manera en que los diversos componentes de la sociedad están relacionados y trabajan juntos para mantener la armonía. En este entramado, se vinculan instituciones, relaciones e interacciones sociales como las normas, los valores y las creencias culturales. Desde la perspectiva de Marx, las instituciones sociales se presentan como difusoras de los valores y creencias de la clase dominante para mantener un orden social que los beneficie. De otra parte, Durkheim plantea que el orden social es la suma de partes interconectadas e interdependientes que trabajan y evolucionan juntas. Es mediante estas interacciones que se establecen y mantienen reglas y normas que van a permitir el adecuado funcionamiento de la sociedad. El orden social es la consecuencia de las creencias, valores, normas y prácticas que comparten grupos de personas. Así las cosas, el orden social nace a partir de las interacciones con la vida cotidiana en la ritualidad y eventos relevantes de las personas (Inda, 2008).

En la sociología moderna, el orden social hace referencia a la organización e interrelaciones de muchas partes de la sociedad; así como cuando las personas aceptan un acuerdo real o hipotético que regula sus derechos y deberes. Las personas aceptan cumplir ciertas reglas y leyes para mantener algunos estándares de la calidad de vida. El orden social está presente en cada sociedad o microcosmos social en una nación o región geográfica, una comunidad, un grupo formal o uno informal. Dentro de cada estructura de orden existe una jerarquía. Algunas personas tendrán más poder e influencia que otros y estos líderes suelen ser quienes se encarguen de velar por que se cumplan las regulaciones acordadas y perseveren el orden. Todo comportamiento o creencia que no esté dentro de lo acordado se considera contrario al orden social y por lo general será restringido en algún nivel mediante leyes, normas o tabúes (Castro, 2015).

En el orden social está inmerso el contrato social, que hace referencia al acuerdo real o hipotético que realizan los miembros de un grupo para mantener el orden se parte de la idea de que los miembros de la sociedad están de acuerdo y aceptan someterse a una serie de leyes para convivir entre ellos. Esas leyes le otorgan ciertos derechos a cambio de abandonar la libertad plena que tendrían en su estado natural.

El orden social no es estático ni establecido de una vez para siempre. La estabilidad social no es inmovilidad sino equilibrio de fuerzas; es producto de la capacidad del orden para integrar las fuerzas que tratan de renovarlo, de ese modo evoluciona y cambia.

Para Bourdieu el orden social adquiere durabilidad del ajuste inconsciente de las estructuras subjetivas con las estructuras objetivas, es decir, de la correspondencia entre las estructuras sociales y las estructuras mentales, entre las divisiones objetivas del mundo social y los principios de visión y división de los agentes (*habitus*). Es decir que, la aceptación del orden social como algo dado y natural es producida por la correspondencia entre las estructuras, la cual tiene su origen en lo más profundo del cuerpo, donde se interiorizan los esquemas del *habitus*. Este conjunto de disposiciones duraderas y transportables es conformado por la exposición a determinadas condiciones sociales que llevan a los individuos a internalizar las necesidades del entorno social existente, inscribiendo dentro del organismo la inercia y las tensiones externas (Gutiérrez, 2004).

el enfermo tiene un rol definido dentro del sistema social y sus acciones son explicadas según las funciones llevadas a cabo en tal sistema donde se circunscriben creencias y prácticas de tipo colectivo. Estas prácticas conforman la vida social y se explican a través de su interdependencia mutua, así como por las funciones que se llevan a cabo en el proceso del orden social y su reproducción en el tiempo (Holmwood, 2005).

La salud corresponde a un mecanismo social a través del cual se controla y se regula a las personas enfermas con el propósito de recuperar las actividades que llevan a cabo en su cotidianidad, en este sentido, la enfermedad corresponde a una disfunción social generada por traumatismos y dolencias físicas de las personas, constituyéndose en toda una amenaza para la supervivencia y cohesión de la sociedad, llevando a la alteración de su funcionamiento armónico que limita la dinámica de la sociedad y restringe el logro de los propósitos sociales, pues el reconocimiento de un orden natural armónico se debe imponer en la sociedad (Parsons, 1988). En el funcionalismo el sistema social, la enfermedad y las normas sociales, se vinculan en los procesos de interacción entre la cultura, lo biológico y lo social; en ese sentido, se expresa cómo debe actuar la población cuando tiene un proceso mórbido identificando características, normas y valores relacionados al estar enfermo incluyendo la dinámica no solo de la persona afectada, sino también de las personas que conforman su entorno (Bleda, 2006).

Cuando las personas enferman, se convierten en sujetos “desviados del orden social”. Cuando una persona entra en un proceso mórbido, se limita en el cumplimiento de sus responsabilidades, así mismo, crea limitaciones al resto del grupo interfiriendo con las prácticas cotidianas que realizan, de esta manera, se generan cargas adicionales a los cuidadores y hay limitaciones en el cumplimiento de sus roles en la sociedad, generando un trastorno en el normal funcionamiento social. En esta perspectiva, la salud viene siendo como ese proceso de funcionamiento normal, el cual está ajustado a estándares vigentes. Allí las personas deben mantener el funcionamiento del sistema social y el enfermo se considera un desviado que, en su cotidianidad, se aleja de los cánones de la dinámica de los grupos, la que entra a distorsionar.

La categoría “rol del enfermo” se incorpora con fuerza en el enfoque funcionalista. El enfermo tiene obligaciones y derechos para cumplir con el adecuado funcionamiento del sistema social. Tanto enfermos como cuidadores, deben limitarse a cumplir con sus roles establecidos con el objetivo de darle legitimidad a tal sistema, pues tanto la salud como la enfermedad, operan a través de relaciones de cuidado producidas por acuerdos donde el orden social se conserva por el ejercicio que los sujetos realizan cuando asumen sus roles y competencias.

Desde el enfoque funcionalista, a finales de la década de 1940, la manera de hacer antropología estaba relacionada con la dinamización de los programas de salud pública en los “países en desarrollo”, mediante un rol instrumental de insertar la biomedicina en las culturas nativas para mejorar la eficiencia de las intervenciones de recuperación de la salud y prevención de la enfermedad, incorporando una dependencia teórica y conceptual de las causas de enfermar y morir. El ejercicio antropológico indagaba las prácticas y conocimientos locales, a fin de implementar programas de higiene y prevención en los contextos que adolecían de tasas de morbilidad y mortalidad adecuadas a la luz de la modernidad; el rol antropológico se dedicaba a identificar formas de resistencia a los programas ejecutados por fundaciones filantrópicas y la OMS.

Algunas limitaciones del enfoque funcionalista con la dinámica ontológica, están relacionadas con la restricción de la agencia asignada a la enfermedad, pues esta no es un actante en la construcción de la realidad, esto es, los roles, normas, los valores de la estructura del sistema social, actúan y terminan por definir la enfermedad. Por otra parte, el rol que asume el enfermo con la enfermedad es estable y permanece en el tiempo, y no se le presta importancia a la capacidad de afectar a la enfermedad por parte de las personas. Para terminar, los cuidadores de salud y los pacientes tienen propósitos diferentes y actúan bajo objetivos distintos, así las cosas, diferentes versiones acerca de la realidad no se logran evidenciar para intervenir de manera conjunta desde el funcionalismo.

1.1.2.3 El construccionismo social.

El enfoque teórico del construccionismo social toma en consideración la retención que la cultura hace sobre las personas, configurando la manera de cómo percibimos las cosas y cómo las sentimos para construir una visión del mundo (Patton, 2007). La forma de entender el mundo está contextualmente inserta, construida interpersonalmente y a la vez es limitada (Gergen, 2007). En este escenario, un acercamiento a una verdad corresponde a un ejercicio de concertación entre actores, no haciendo alusión a una realidad objetiva (Guba, 1985). El construccionismo social se considera como una manera de estar en el mundo, una construcción colectiva de generar conocimiento basado en el lenguaje y en el relacionamiento; da significado a las experiencias vividas, a la producción de sentido en un marco de reflexión y crítica. Gergen lo considera como “el discurso sobre el mundo no como un reflejo o un mapa del mundo, sino como un producto de la interacción social” (Gergen 2007: 15)

Lupton (2012), plantea en este enfoque varias perspectivas para definir la construcción social, por una parte, hace alusión a la elaboración de objetos y por otra, la más utilizada en el

estudio de la salud y la enfermedad, a la construcción de ideas. El construccionismo social asume la perspectiva subjetiva que incita a develar experiencias, creencias, representaciones sociales, al igual que significados de las personas afectadas por una enfermedad en el trayecto del diagnóstico y su evolución de la experiencia vivida.

En el análisis de las enfermedades, las preguntas formuladas están soportadas desde la dimensión subjetiva, encontrándose inmersa una limitada vinculación de aspectos estructurales y agenciales, es decir, de la dimensión objetiva, así como su relación con las categorías sociales (instituciones, normas, pautas, etc.) que regulan a los actores (Hacking, 1999). En términos del abordaje de la enfermedad por parte de los enfermos, el construccionismo puede dar cuenta de los procesos de significación y representación comprendidos, a través del lenguaje y como producto de la cultura (Timmermans y Haas, 2008).

Un autor que ha militado en el construccionismo es Kleinmann (1988), afamado por la vinculación del *illness* (padecimiento) como elemento conceptual, donde el enfermo da significado a su enfermedad; diferenciándolo de *disease* (enfermedad), en la cual, la ciencia médica la define con criterios técnicos. Así las cosas, se plantean dos dimensiones, por una parte, categorías subjetivas y, por otra, categorías objetivas. Allí se distinguen dos esferas: lo social (padecimiento) y lo biológico (enfermedad). Desde el construccionismo social las categorías biológicas están limitadas en su abordaje, pues su análisis está dado desde elementos cartesianos. Latour (2005), ha planteado una dicotomía entre naturaleza y sociedad en el abordaje de la enfermedad en el contexto de la ciencia moderna, donde a la primera se le asigna un carácter trascendente y una objetividad absoluta, mientras que para la segunda la constituye la inmanencia y la subjetividad, logrando establecer formas independientes para su abordaje investigativo. Latour plantea que esta división no es inocente, sino que es intencional como forma de operar la purificación, es decir, la conformación de dos áreas ontológicas: humanos y no humanos y definiendo una división entre el mundo natural y la sociedad con intereses específicos, conjuntamente con desafíos prediseñados y estables.

1.1.2.4 El enfoque de la perspectiva crítica.

Este enfoque plantea analizar cómo la biomedicina logra ejercer control social sobre las poblaciones. Vincula los contextos económico y político en donde múltiples interacciones determinan la salud de las personas, así como el acceso a los procesos de recuperación de la salud y las condiciones que aportan a la propagación de las enfermedades (Baer, 2003). La salud entonces, hace alusión a un concepto relativo, construido a través de la relación dialéctica dada entre sujeto, sociedad, medio ambiente, formas de producción y distribución, relaciones políticas, entre otros. En ese sentido, la

salud se analiza como el resultado de las luchas por el acceso y el control sobre los recursos materiales e inmateriales, llevando a consolidar una vida satisfactoria, de esta manera, emergen categorías de análisis como clase social, género, procedencia, pertenencia a grupo étnico, entre otras.

Desde esta perspectiva teórica, la antropología médica crítica aparece como uno de los principales postulados, estudiando fenómenos y categorías de salud y enfermedad, tomando en consideración aspectos biológicos, sociales y simbólicos (Farmer, 2004). Al establecerse la biomedicina como hegemónica, entra a definir parámetros de normalidad y estigmatiza la desviación de las cifras tratándose como anormalidad, circunscribiendo elementos para su actuar, pretendiendo mantener el control social. De esta manera, la intervención biomédica permea de manera extensiva todos los escenarios de la cotidianidad y de la vida, a través del control y la codificación (Ilich, 1976; Conrad, 1992).

Una categoría relevante en su análisis lo constituye la medicalización, un dispositivo de control social de la biomedicina, configurado como un entramado de relaciones donde confluyen diversos actores y sus imbricaciones superan la relación médico-paciente, haciendo de los problemas, procesos factibles de tratamiento. La medicalización incorpora discursos y prácticas biomédicas para lograr “patologizar” escenarios de la cotidianidad y habilitar prácticas médicas desde el discurso de la objetividad científica, logrando que los diversos procesos, comportamientos y padecimientos que forman parte de la vida y su cotidianidad, sean medicalizados: la angustia, la niñez, la gestación, el duelo, el envejecimiento, el final de la vida, entre otros (Menéndez, 2005; Conrad, 1992). Permear escenarios con la medicalización, terminará por medicalizar la vida. La medicina hegemónica y la premisa que todas las enfermedades pueden curarse, adosada en un contexto capitalista neoliberal, llevó a institucionalizar la medicina en los diferentes campos sociales, convirtiéndose en una amenaza que despoja a las personas de su agencia con la que hacen frente a los padecimientos.

1.1.2.5 El enfoque interaccionista.

Esta perspectiva teórica hace alusión a que, en las interacciones de los actores en la cotidianidad, se produce la realidad social, esto es, la salud y la enfermedad corresponden a una construcción social definida por las interacciones (Becker, 2018). Erving Goffman (2001), plantea desde una perspectiva dramaturgica, la posibilidad de analizar las interacciones sociales llevadas a cabo por las entidades y los actores sociales, quienes sostienen una lucha por el mantenimiento de los elementos que establecen una situación social de acuerdo con la manera como haya sido proyectada. El estudio de

los actores sociales de manera concreta, se enfoca en cómo en el teatro, los sujetos hacen esfuerzos para proyectar una imagen convincente de sí mismos, así como, de qué manera las personas se presentan y presentan sus actividades ante otros; de qué manera se guía y controla la impresión que los otros se forman de ellos, y qué tipo de cosas puede y no puede hacer mientras actúa ante ellos.

Clifford Geertz (1980), plantea que en las ciencias humanas se han dado ajustes transitando de las metáforas mecanicistas a las de la dramaturgia en el análisis de la vida social, esto es, si la antropología en antaño asumió a las sociedades como máquinas que funcionaban adecuadamente, hoy por hoy se debe transitar a pensar en términos de la construcción, performatividad, representaciones y reacciones contestatarias donde las narrativas se vinculan a las dramaturgias que enfocan la acción, la motivación, los procesos como elementos imprescindibles de la vida social.

El estudio de las enfermedades productoras de estigmatización tales como el sida y el cáncer, forman parte de este enfoque. En este escenario, el concepto de estigma es utilizado como categoría de análisis haciendo referencia a la construcción de una marca, una señal o una característica desacreditadora de la persona, definiéndolo como una “persona anormal” llevando al detrimento de su identidad (Livingstone, 2010). La literatura ha referenciado que las enfermedades cardiovasculares incluyendo la presión arterial alta, también generan estigmas llevando a las personas a enfrentar retos con su identidad. Algunos estudios han analizado en las enfermedades de tipo crónico conceptos como el estigma y la vergüenza que las personas afectadas pueden experimentar cuando se encuentran enfermas, este tipo de eventualidades llevan a que la persona que padecen el evento crónico, quede relegada en un segundo lugar y se excluyan de los grupos sociales a los que pertenecen. Enfermedades crónicas como las cardiovasculares y sus complicaciones, han sido estudiadas en la denominada sociología de la enfermedad (Johnson, 1991). El estigma de la enfermedad crónica emerge en la medida en que las dificultades van apareciendo en el proceso cotidiano de hacer frente al padecimiento y la provisión de cuidados a las personas. El rol de la persona como enferma genera disrupción en la dinámica familiar al incorporar ajustes de la nueva situación y al encontrarse en continuo manejo de situaciones de crisis que, posiblemente llevan a complicaciones del enfermo, requiriendo controlar los síntomas, asistir en el consumo de medicamentos, reorganización de actividades, tareas y tiempos, interactuar con servicios sanitarios, entre otros. Parte del estigma emerge a partir de discapacidades residuales, al verse en la necesidad de rehacer varios aspectos de la vida para limitar las afectaciones ocasionadas por un inadecuado proceso de cuidado. Por otra parte, el sufrimiento se suma al estigma, el cual se debe llevar de por vida, pues este queda impreso en la memoria y puede ser el desencadenante de reacciones emocionales que desestabilizan (Allué, 2008).

Un elemento conceptual utilizado en el enfoque interaccionista hace alusión al *performance*, este concepto define a la enfermedad como un performance social, es decir, una puesta en escena, establecida como una actividad específica que lleva inmersa un orden en su interacción estableciendo una relativa independencia de otros órdenes sociales como el político y el económico (Atkinson, 2015).

1.1.2.6 Enfoque de economía política.

El enfoque de la economía política plantea que los análisis de la dinámica de enfermar y morir son atribuidos, entre otras cosas, a las desigualdades sociales relacionando aquellos elementos causales de mayor amplitud no restringidos a lo fisio-biológico (Lupton, 2012). El enfoque hace alusión a una perspectiva crítica de análisis macro, interesada por estudiar la distribución de las enfermedades y los servicios de atención sanitaria y su relación contextual con el sistema económico, donde la biomedicina opera bajo una lógica capitalista, estimulando el uso masivo de fármacos, alta tecnología y servicios médicos de alta complejidad.

El análisis del acceso de las personas a los procesos curativos, funge como una de las principales categorías para su indagación, donde la biomedicina corresponde a una institución social que sustenta el proceso de salud de los sujetos, quienes pueden ayudar a mantener un sistema sanitario desde lo económico, quedando relegados análisis del rol de las personas como consumidor o como trabajador del campo social de la salud y la enfermedad. La economía política trata de comprender el funcionamiento de la economía y su influencia sobre el sector salud, incluyendo el contexto político y sus interacciones, así como de las condiciones que determinan la salud de la población y la definición de servicios en un contexto económico-político amplio (Fox, 1999).

El enfoque plantea que la salud y la enfermedad son producidos en un marco social y económico, donde juegan instituciones del Estado guiadas por marcos normativos. De estas interacciones surgen temas relacionados con los seguros de salud, el acceso, prestación de servicios, cobertura del proceso de salud, el uso de servicios, entre otros (Drummond, 2007). Un elemento clave para la indagación corresponde a cómo las políticas sanitarias fueron establecidas a través de la toma de decisiones de acuerdo con información generada por asuntos económicos basados en la carga de enfermedad, suscitando a partir de estos elementos, la creación de guías de práctica clínica basadas en la evidencia. Por otro lado, valora la dinámica de la prestación de los servicios, procesos de aseguramiento en salud, inversiones y gastos del cuidado hospitalario, al igual que la eficiencia y calidad de los servicios de salud prestados (Ginzberg, 1965). Buena parte de los estudios de las enfermedades cardiovasculares, se centran en indagar las mayores demandas en salud que

requieren los pacientes, sus derechos, la política sanitaria y la capacidad de respuesta del sistema frente a las necesidades de los pacientes.

Si bien en el enfoque de la economía política se aborda la salud y la enfermedad mucho más allá de las explicaciones biológicas, anatómicas y fisiológicas, sus maneras de contrastar la realidad se ven limitadas al restringir la vinculación de categorías, relacionamientos o interacciones dadas en la cotidianidad de quienes experimentan los procesos mórbidos, junto con las formas de resistir a procesos de control social por parte de los enfermos, las afectaciones de la enfermedad y las dinámicas de atención de las instituciones sanitarias.

Los procesos de salud y enfermedad se dinamizan desde la realidad macrosocial donde son fuertemente determinados por la economía política, en ese sentido, se halla inmersa la subjetividad individual y colectiva de la experiencia de enfermar, dotándola de interacciones que complejizan los análisis para pensar de manera fragmentada las categorías biológicas, culturales, sociales y políticas. La biomedicina está impregnada de intereses y discursos que no posibilitan la inclusión de significados culturales de las personas, experimentando limitaciones en su condición de salud (Porroche, et al., 2017).

1.1.2.7 Enfoque de la teoría feminista.

Las desigualdades de género han contribuido al establecimiento de regímenes de subordinación de las mujeres de forma categórica, así mismo, la biomedicina, los procesos mórbidos y de la salud, no se excluyen de estas dinámicas alimentando el grado de subordinación. La diferenciación basada en el género no alude sólo a un dato biológico, sino que corresponde a una de las maneras de explotación humana más arraigadas en las interacciones tanto en la familia, la economía y las políticas (Beneria, 1981). El enfoque feminista en los procesos de salud y enfermedad, hacen alusión al cuestionamiento y re elaboración de teorías a partir de la confrontación y la desarticulación de discursos patriarcales que establecen debilidades innatas a la salud de la mujer, subordinadas históricamente por la biomedicina, conjuntamente el restringido acceso de las mujeres a la formación académica y su vinculación como profesionales en el campo de la salud, se han mantenido a través de la historia y desde la edad media, bajo la premisa que la incursión en estos campos les limitaría el adecuado proceso de sus capacidades reproductivas.

Las categorías creadas hacia la debilidad de las mujeres, sustentaron la exclusión de la mujer en el campo político, económico, público y de poder, la producción de conocimiento, al igual que el desempeño profesional, para ser enmarcadas en prácticas del campo doméstico, y generar procesos

de cuidado y de servicios a los hombres y la familia (Posada, 1998). A partir de este debilitamiento de la mujer, la teoría feminista toma fuerza para resarcir el sometimiento, control y dominación que el patriarcado había impuesto.

La ciencia en el proyecto de la modernidad asume hechos concretos tendientes a cosificar la vida en general. La biomedicina racionaliza los cuerpos, la enfermedad, la sexualidad y los sujetos en su complejidad, configurando maneras para su intervención desde la técnica, ejemplo de ello, es la medicalización de la menstruación, un proceso innecesario. Conjuntamente, se notan diferencias en las investigaciones epidemiológicas para la prevención de la enfermedad cardiovascular y el cáncer en mujeres, donde prevalece, en mayor medida, los estudios en hombres (Valls, 2011).

El enfoque de la epistemología feminista para desestabilizar las maneras positivistas de hacer ciencia, toman en cuenta dos elementos a fin de enrolarse en su postura crítica. Por una parte, la posibilidad de deconstrucción de las dicotomías clásicas de la modernidad, entre ellas naturaleza-cultura; sujeto-objeto; humano-no humano; por otra parte, la naturalización de las jerarquías de clase, género, etnia (Harding, 1996; Haraway, 1995). En el proceso de construcción de conocimiento relacionado con la salud y la enfermedad, la teoría feminista vincula las experiencias y las subjetividades del investigador y quienes participan en el ejercicio, ya que todo acto investigativo conlleva a movimientos de carácter político (Fox, 1991), desde esta postura, se circunscribe un proceso crítico al conocimiento objetivo sobre todo cuando está representando formas de opresión.

El enfoque feminista considera a la salud mucho más que la ausencia de enfermedad y se asume como un proceso vital complejo, determinado por dinámicas socio históricas y definido por el acceso a bienes tanto materiales como no materiales conduciendo a la satisfacción y el bienestar psicosocial de las personas, así como su crecimiento armónico, sustentable y libertario (García y Salcedo, 2013). Un elemento central de este enfoque, corresponde al cuerpo como lugar de enunciación, interpelación y escenario donde se lleva a cabo la interacción social. Por supuesto, se considera la relación de la mujer y su cuerpo en torno a la sexualidad, la reproducción biológica y sus intersecciones con la sociedad, nutriendo la deconstrucción de procesos patriarcales históricamente fundados para controlar la mujer.

1.1.2.8 Enfoque proceso salud-enfermedad-atención y modelo médico hegemónico.

Este enfoque teórico asume para el análisis de la salud y la enfermedad a la biomedicina, conjuntamente con los procesos de medicalización en el proceso de atención en salud, además de las dinámicas del contexto hospitalario donde se llevan a cabo las prácticas sanitarias (Comelles,

1993). En el análisis de las categorías que propone este enfoque, el modelo médico hegemónico (MMH) demarca su hegemonía frente a otros modelos tradicionales de cuidado de la salud y los considera como subalternos. Los diferentes modelos de atención son considerados por este enfoque como construcciones teórico metodológicas, las cuales se constituyen por varios niveles de abstracción, permitiendo la emergencia de procesos de producción y organización de los saberes teóricos, técnicos e ideológicos que definen los profesionales y técnicos de la salud, conjuntamente con las instituciones sanitarias, a través del análisis de un enfoque relacional en contextos definidos históricamente. Al circunscribir elementos de la historia al estudio del proceso salud-enfermedad-atención (S-E-A), se toman en cuenta las significaciones que constituyen los padecimientos, las maneras de atención y la identificación de relaciones de hegemonía-subalternidad quienes pueden operar en diferentes niveles (Menéndez, 1984).

Menéndez (2018), plantea un campo de análisis tomando en cuenta categorías que operan de manera estructurada en toda la sociedad y en cada uno de los conjuntos sociales que la conforman. Los malestares, los padecimientos, los daños a la salud y la enfermedad, corresponden a un proceso social que en su interior establece colectivamente la subjetividad. Las relaciones entre los padecimientos y sus respuestas obedecen a procesos estructurales de todo sistema y todo conjunto social. Estos conjuntos sociales no solo generan representaciones y prácticas, sino que construyen saberes para enfrentar los padecimientos. En casi toda sociedad, la enfermedad y los padecimientos son tratados a través de una variedad de formas de atención, aunque desde la perspectiva biomédica ha sido considerado como patrimonio exclusivo del saber médico.

La estructura social, lo mismo que los significados, sirven como insumo para comprender las dimensiones del proceso S-E-A. Los padecimientos y las respuestas a fin de superarlos, se asumen como procesos estructurales de todo el sistema social en el cual se construyen representaciones y prácticas, además de saberes que apoyan la convivencia, enfrentamiento, solución y eliminación del padecimiento, es decir, el proceso S-E-A, se constituye como un universal dinamizado en toda la sociedad, a través de los conjuntos que la integran como mecanismo para dar solución a las necesidades de la enfermedad (Menéndez, 1994). El enfoque plantea que solo abordar la salud y la enfermedad sería en gran medida una limitación en el análisis de las dinámicas de los padecimientos, pues las prácticas de las personas, grupos y sociedades en la cotidianidad para lidiar con la enfermedad, adquieren una gran relevancia en el proceso explicativo de los fenómenos. La vinculación de “rituales sociales” en el proceso de S-E-A y el campo hospitalario, generan maneras de prevenir los padecimientos, por lo tanto, pueden estar alineados o no con el pensamiento biomédico. Por otra parte, las formas biomédicas, sus reglas y criterios con los que funcionan en el

campo sanitario, aluden a rituales sociales susceptibles de analizar como entramados para comprender las formas de hacer frente a los padecimientos (Menéndez, 2012).

Menéndez señala que, en las diferentes maneras de atender los padecimientos, se establecen relaciones de subordinación y hegemonía, así como relaciones de poder. El modelo médico hegemónico o biomedicina, se considera la manera de atención más correcta y eficaz de atender el proceso S-E-A, también el de mayor expansión, logrando la exclusión ideológica y jurídica de otras formas de atender los padecimientos. Suele difundirse directa o indirectamente sobre las prácticas y representaciones populares, no solo se va constituyendo en parte de estas, sino que su proceso expansivo suele exigir que otras formas de atención de la enfermedad adquieran un carácter subalterno, suponiendo en determinados casos, la apropiación de dichas formas de atención, a partir de su racionalidad técnica e ideológica.

Ahora bien, no es que la biomedicina atienda y se apropie de todo el proceso S-E-A y menos aún que elimine las otras formas de atención. Mejor, indica que el saber y las instituciones médicas, instituyen su hegemonía respecto de los otros saberes que operan en simultánea. Esto no es inducido solo por las instituciones médicas, sino también por las acciones de la sociedad, incluyendo parte de los sectores subalternos, debido a la significación social, económica, política e ideológica del proceso S-E-A para la producción y reproducción bio-social de los conjuntos sociales (de hecho, es sobre el discurso de la biomedicina que se forman académicamente los técnicos y profesionales de la salud). Las características estructurales de la biomedicina son su biologismo, individualismo, ahistoricidad, a-sociabilidad, mercantilismo y eficacia pragmática (Menéndez, 1998). El mercantilismo del modelo es parte de un desarrollo capitalista que considera todo bien, incluidas la salud y la enfermedad, como valor de cambio, concepción que incidirá cada vez más en las formas de operar no sólo de la biomedicina, sino de otras prácticas de atención a la salud, incluida la "medicina tradicional".

La biomedicina ha aportado considerablemente a la reducción de la relación médico-paciente al insertar en su lógica, dinámicas mercantilistas de la herencia neoliberal, esto ha conducido a la exclusión de significados y procesos sociales de producción de los padecimientos, junto con la exclusión de diversas formas de atención tradicionales. Los análisis desde la base del enfoque del MMH y el proceso de S-E-A, circunscribe la estructura social, los significados donde se expresa la cultura y, por supuesto, las particularidades de los grupos sociales insertados en una red donde se entrelazan saberes y prácticas acerca de los padecimientos, sufrimientos y enfermedades (Menéndez, 2002).

1.1.2.9 Enfoque de la antropología médica crítica.

El enfoque teórico de la antropología médica, surge de la necesidad de analizar las dimensiones sociales y culturales del proceso de salud, enfermedad y atención, tomando como base de sus interpretaciones los postulados hermenéuticos y fenomenológicos, movimientos conceptuales de los años 60 del siglo XX. En estos movimientos, el lenguaje adquiere una connotación relevante fundada en la teoría estructuralista de Levi Strauss, la etnosemántica y la etnografía basada en la teoría de los símbolos rituales dominantes y las nociones de cultura como conjuntos de significados propuesta por Geertz (1973). Autores como Good, partiendo de los postulados de Turner, planteó que la enfermedad se considera como “un síndrome de experiencias típicas, conjuntos de palabras, experiencias, así como sentimientos imbricados entre sí, en una red de significación y de interacción social” (Martínez-Hernández 2008: 76).

En la década de 1980, la antropología médica estaba ligada a las dinámicas de la perspectiva biomédica, en ese sentido, su denominación hacía alusión a una antropología médica clínica o aplicada, cuyo propósito era facilitar procesos asistenciales a fin de mantener la salud, de manera que los problemas biomédicos no eran asumidos de manera crítica frente a la biomedicina, esto es, la antropología médica de aquel tiempo, era el medio para aportar a la biomedicina información sobre representaciones profanas de la salud y la enfermedad, las cuales obstaculizan la comunicación del clínico con el paciente para mitigar las barreras culturales en el actuar de los cuidadores de salud y, en esa medida, lograr vincular la medicina moderna en los diferentes contextos culturales. Esta dinámica limitaba la visualización de las relaciones de clase y poder que suscitaban los encuentros clínicos, conjuntamente con los análisis de los comportamientos de los sujetos que asumen su padecimiento (Singer, 1990).

A partir de la década de 1990, la antropología médica se empieza a demarcar de la perspectiva biologicista e inicia la incorporación de categorías de análisis relacionadas con la biopolítica, el poder, la dominación y la resistencia a la ciencia como productos culturales desde la lógica económico-política del capitalismo, sin perder su foco en la capacidad de agencia que tienen las personas en la producción del padecimiento. Este movimiento le permite incursionar hacia perspectivas críticas involucrando aspectos políticos y económicos, superando la concepción biologicista, vinculando aspectos de la subjetividad y la cultura basados en la teoría marxista, la teoría de la dependencia y el enfoque de la economía política. La producción social de la enfermedad se vincula a los análisis de la antropología médica crítica con categorías como relaciones de clase, el proceso económico mundial y las formas de control social, a través del cuerpo (anatomopolítica y biopolítica), donde se deconstruye que el cuerpo es un mero objeto del análisis

científico, descontextualizado de cualquier referencia sociocultural; las diferencias de poder en el proceso S-E-A, nutren el análisis de este enfoque teórico (Scheper-Hughes, 1996; Foucault, 2005; Young, 2005).

Las dinámicas económicas y sociales, en el análisis de la antropología médica crítica, no desconocen la capacidad de agencia de las personas dentro del proceso S-E-A, al igual que de la medicalización, de allí la relevancia de continuar con el proceso cultural como vínculo entre las acciones individuales y los determinantes sociales en concordancia con las dinámicas de poder, maneras de control de la población y resistencia, enmarcados en el proceso de enfermar y gestionar la salud. Por otra parte, se hace énfasis en el estudio de la experiencia de las personas enfermas sin apartarlas de las dinámicas sociales y económicas que las determina, asumiéndolas como producto social constituido por sentidos, fuerzas económicas y políticas que dinamizan el contexto cotidiano. El enfoque de la antropología médica planteó conceptos para construir un nuevo paradigma a fin de comprender la salud y la enfermedad como un proceso social culturalmente condicionado, haciendo conexiones entre el macro nivel del mundo capitalista y el micro nivel de las creencias de las personas acerca de la dinámica de los padecimientos y las expectativas generadas sobre este (Weisner, 2000).

La dinámica trazada por la antropología médica crítica, venía dada en consonancia con los postulados del interaccionismo simbólico, la crítica de la desviación, las categorías de la construcción social y del funcionalismo culturalista, continuado por el cognitivismo, el cual se basaba en la descripción de prácticas y representaciones, dándole continuidad a una apuesta por la construcción de una teoría crítica donde se pudieran analizar las diferentes categorías que constituyen los procesos de salud, enfermedad y atención (Grimberg, 1995).

La antropología médica analiza los procesos de S-E-A de los sujetos en el conjunto de saberes y prácticas que poseen desde su cultura de origen con un particular sistema de atención, abordando la relación de este con el sistema biomédico dominante en el nivel micro sociológico. Menéndez (1990), plantea el concepto de enfoque relacional, abarcando las dimensiones políticas, culturales, ideológicas, sociales y psicológicas en el ejercicio de análisis del proceso S-E-A, como un acto humano en el que se dinamiza en un conjunto de relaciones que componen a los conjuntos sociales. Poner en la madeja de relaciones a los conjuntos sociales, a los sujetos “enfermos” y “no enfermos” dentro de la estructura social, económico-política y cultural donde se contraen las enfermedades, padecimientos o desgracias, permite identificar diversos elementos para el tratamiento y la curación.

Martínez-Hernández (2008), menciona que la antropología médica ha desarrollado una estrategia de análisis de diferentes dimensiones culturales y simbólicas del proceso S-E-A. Relaciona a la medicina con la hermenéutica, debido a que esta última amplía el panorama sobre las enfermedades y sus síntomas, las cuales son construcciones articuladoras en un contexto cultural. Relata que los síntomas son artefactos comunicativos donde se prueba la pericia del afligido para expresar su dolor y la enfermedad se convierte en un relato biográfico, un documento humano, pero también cultural, captado mediante una hermenéutica. La hermenéutica en ese sentido, va a descubrir el verdadero significado de la enfermedad.

Por otra parte, Martínez Hernández (2008) señala que la antropología médica en su actuar debe abordar el cómo unir a la economía-política con la enfermedad y los servicios de atención, teniendo en cuenta la enfermedad como producto de los significados y experiencias a interpretar, de la acción, las normas y la relación de explotación, además de los procesos acumulativos del capital. Esta dinámica es encubierta por la biomedicina mediante el individualismo y descontextualización de la realidad socioeconómica. Se propone, por ello, mantener una perspectiva crítica denunciando a la biomedicina como instrumento del capitalismo. En la actualidad, dice, hay un nuevo proyecto intelectual: la corporalización, la cual está dejando atrás al hermenéutico, donde el cuerpo dibuja un panorama novedoso en el mundo intelectual, limitando el sentido hermenéutico del lenguaje y la textualidad.

En relación con los postulados de los modelos explicativos de la enfermedad, Martínez Hernández (2008) tomando en cuenta a Kleinman, planteó la construcción de un modelo dialógico para la atención médica como elemento que apertura formas de comunicación amplias y comprender en razón de las dinámicas socio culturales, los saberes, prácticas y valores de las formas de atender y lidiar con los padecimientos como salida a los diálogos monológicos de la práctica de la biomedicina en su ejercicio cotidiano de atender la enfermedad con una visión limitada del contexto socio cultural.

La antropología médica crítica también planteó la deconstrucción de dicotomías naturaleza-cultura, mente-cuerpo, individual-colectivo; lo mismo que el individualismo epistemológico, la ahistoricidad, la eficacia pragmática y la lógica biologicista, para determinar una perspectiva desde lo cultural-social de los padecimientos como procesos etiológicos multicausales, reconociendo los actores que construyen la enfermedad, así como las políticas de dominación social de las poblaciones.

1.1.2.10 Enfoque de la teoría del actor red: una mirada para interpelar aspectos que la ciencia ha asumido como hechos preestablecidos.

Los Estudios Sociales de la Ciencia y la Tecnología (CTS por su acrónimo en inglés) examinan las formas en las que no solo se “hacen” las ciencias, sino también, cuáles son sus objetos, sus preocupaciones, sus contradicciones, sus pasiones, y cómo todas ellas se organizan y se ordenan en lógicas (Latour, 1988; Haraway, 1989). Estos estudios han logrado interpelar aspectos de la ciencia que han sido asumidos como hechos preestablecidos, cuestionando la indisputabilidad de aquellas cosas que se perciben como unidad y realidad (Latour, 2005). Toman en cuenta a la actividad científica como una práctica social y cultural que aporta a eliminar las divisiones entre naturaleza y cultura, ciencia y cultura, ciencia y sociedad planteando una rebelión contra la simplificación (Mol y Law, 2002).

Desde los CTS se circunscribe la teoría del actor red (TAR)⁵. La TAR analiza la salud y la enfermedad como una red de actantes, entidades, intereses, objetos, humanos, no humanos y materialidades⁶, quienes se relacionan e interaccionan en y para la acción social (Latour, 1999). En el estudio de las redes que hacen la enfermedad desde esta perspectiva, son como dice Latour, “al mismo tiempo reales como la naturaleza, narradas como el discurso, colectivas como la sociedad” (Latour 2007: 36), en este sentido, los análisis de la enfermedad se deben entender como una red compleja donde convergen diferentes materiales, prácticas, maneras de relacionarse, artefactos, guías clínicas, políticas sanitarias, procesos tecnológicos, entre otros. Desde el enfoque de la TAR se rastrean las huellas que dejan actores humanos y no humanos, no se forman categorías a priori, se rastrean las controversias que se dan en el actuar y se comprende cómo se resuelven tales controversias (Law, 1999; Callon, 1995).

⁵ La TAR es una comprensión del mundo que asume una lectura anti-esencialista donde las dicotomías tecnología-sociedad, humano-no humano, en vez de separarse, se unen y se analizan simétricamente como co-partícipes de una red (Latour, 2005). Rastrea la semiótica de las prácticas y de la materialidad y la relacionalidad de diversas entidades, partiendo de la idea que estas son producidas en relaciones (Law, 1999). Callon (1986), considera a la TAR como un actor que interconecta actores heterogéneos en una red con potencialidad de transformar aquello de lo que está hecha, así la ciencia es una obra heterogénea donde lo social, material, técnico, textual y discursivo se entretreje, se asocia, y transforma mutuamente.

⁶ De acuerdo con Law, la materialidad es una forma de pensar sobre lo material en la que es tratado como un efecto relacional continuamente promulgado. La implicación es que los materiales no existen en y por sí mismos, sino que son generados infinitamente y, al menos potencialmente, remodelados (Law, 2004). En el proceso de construcción de la presión arterial, existen una serie de elementos materiales como historias clínicas, fonendoscopios, tensiómetros, fármacos, protocolos y guías de atención, sistemas de información, entre muchos otros; estas materialidades son el sustrato que hacen o construyen el objeto.

En la TAR “lo social” se encuentra reensamblado, re asociado, para permitir rastrear nuevas asociaciones de los actores y la construcción de nuevos ensamblajes. Este enfoque replantea el término “social” que se considera como un fenómeno estable, definido y ensamblado de una manera única, manteniendo unida a la sociedad como totalidad duradera; de manera diferente, lo asume como un ejercicio dinámico (Latour, 2008). Este enfoque en el estudio de la enfermedad le asigna capacidad de agencia a los objetos y a los actores no humanos (Latour, 2007) conformando redes por las asociaciones de humanos y no humanos (principio de heterogeneidad) donde son actor y red simultáneamente (Callon, 1998), en este sentido, el actor enlaza los elementos heterogéneos y como red transforma y redefine de los que está hecha.

Este enfoque no solo asume la acción humana en la construcción de la enfermedad, su mirada está puesta en el estudio de las prácticas⁷ y los discursos entran a formar parte como una de tales prácticas. De allí la emergencia de la praxiografía⁸ (Mol, 2002; Mol y Law, 2004), una manera de hacer etnografía tomando en cuenta las prácticas. Una de sus más importantes representantes es Annemarie Mol, quien ha realizado estudios en enfermedades crónicas como la arteriosclerosis y la diabetes. En el abordaje de la enfermedad, las preguntas que se pretende responder hacen alusión a cómo se hace una enfermedad, cómo se hace existir, limitando las indagaciones sobre la enfermedad en abstracto. La definición de enfermedad en general y los procesos sociales que la definen, quedan relegados por el análisis de las prácticas que hacen al objeto. Así las cosas, se define una enfermedad específica en una situación específica y concreta, permitiendo construirse a partir de la realización de prácticas en los diferentes escenarios de la cotidianidad.

En los estudios de Mol (2002; 2004), en la medida que se comprende cómo va adquiriendo existencia la enfermedad, incorpora las implicaciones de diferentes elementos como los síntomas, el material médico quirúrgico, las ayudas diagnósticas, la historia clínica, los relatos, las guías, las especialidades médicas, entre otros, quienes componen una red en la cual la enfermedad logra su existencia a partir de elementos materiales y sus asociaciones con agentes humanos y no humanos.

⁷ Las prácticas se definen como entramados de relaciones entre entidades de diversas características, dadas en contextos específicos (Law y Lien, 2013), corresponde a acciones que ocurren momento a momento, a través de movimientos que se repiten. Desde el análisis de las prácticas, se muestra cómo los objetos adquieren identidades variables y múltiples y se explica cómo la práctica depende en gran medida del modo en que estas identidades se ensamblan, coordinan y se descomponen.

⁸ En el libro *el cuerpo múltiple*, Mol define a la praxiografía como un tipo de etnografía centrada en las múltiples prácticas que constituyen objetos distintos, pero coordinados en algún nivel (Mol, 2002).

La creación de una única enfermedad como lo hace ver la biomedicina, se interpela, y se describe que la enfermedad es producida de manera diferente en distintos lugares de un hospital, de manera que no es una sola enfermedad, sino muchas, aunque la práctica médica termine por reducirla. Mol plantea elementos para entender cómo se producen los objetos o las entidades para librarnos de la tentación empírica de los que se ocupa el conocimiento moderno; explora la manera como la medicina sintoniza, interactúa y les da forma a sus prácticas caracterizadas por ser diversas y variadas. No habla de diferentes perspectivas sobre el cuerpo y sus enfermedades, más bien, dice cómo se hacen.

Mol (2002), en su libro *el cuerpo múltiple, ontología en la práctica médica*, propone en su investigación sobre la arterioesclerosis en un hospital holandés, un seguimiento a los diferentes actores que hacen un objeto, pero sin predefinir su naturaleza, porque estos actores son definidos por su actuación. Analiza cómo una enfermedad es múltiple y heterogénea y su ontología está en constante enfrentamiento, tomando en cuenta diferentes materialidades que la hacen. Alude a la existencia de una gran variabilidad donde la materialización de la enfermedad se hace de diferentes maneras, así pues, si se sostiene una mirada única en la práctica, la enfermedad se materializa en cuatro o cinco maneras diferentes, aunque todos asumen que se trata de un solo cuerpo que la contiene (Law, 2009).

Desde el análisis de las prácticas, se muestra cómo los objetos adquieren identidades variables y múltiples. Se explica cómo la práctica depende en gran medida del modo en que estas identidades se yuxtaponen, coordinan y se disgregan, así la enfermedad viene a ser producto de una serie de múltiples prácticas (enactment). Por lo tanto, el conocimiento del objeto no es dependiente de una mera cuestión de perspectivas, sino de diferentes versiones que lo hacen en la práctica susceptible de ser actuado (Ibañez, 2017). Estos abordajes se relacionan con las posiciones teóricas semiótico materiales⁹ donde los objetos son construidos en y por las prácticas que los producen. No se toma a los objetos en sentido general o universal, se localiza prácticas donde estos se hacen presentes, enredados en las mismas prácticas que los posibilitan, identificando materiales y

⁹ Como lo hace notar Law (2004), se asume como un proyecto liberador que pretende interferir con las relaciones simultáneamente materiales y semióticas, que se promulgan como patrones de práctica, conocimiento, subjetividad, objetividad y dominación parcialmente conectados, difractándolos para marcar la diferencia. Privilegia la perspectiva parcial, la visión dividida y el conocimiento situado, argumentando que no se puede escapar de la ubicación y que las identidades, los lugares de conocimiento, la política y la acción, son heterogéneos e irreductibles, en vez de ser coherentes.

relaciones que interfieren con posiciones dentro de la construcción del objeto para proporcionar versiones no comunes de ellos.

Annemarie Mol y John Law (2002) en la etnografía relacionada con trastornos metabólicos, indagan acerca de la “hipoglicemia”. En su estudio la describen no solo como un objeto biomédico sino como diferentes opciones de respuestas. La hipoglicemia es una medida del nivel de azúcar en sangre; sentida como sudoración; temblores o una sensación general de malestar; contrarrestada comiendo azúcar; evitada por miedo al coma o la muerte y producida como una solución con la que posponen complicaciones a largo plazo. Hecha de todas estas maneras, la hipoglicemia son todas estas cosas. No se comprende la enfermedad como algo oculto en el cuerpo o debajo de la piel, su descripción etnográfica se ocupa de manera consistente de las prácticas en las que se está haciendo.

Lo que se concibe como una sola entidad existente en lo real, se puede pensar como algo producido, que es más que una y menos que muchas (Strathern, 1991). Si las prácticas se ponen en primer plano, ya no hay una sola entidad pasiva a estudiar, esperando ser vista desde la mirada de una serie aparentemente interminable de perspectivas. En cambio, las entidades nacen y también desaparecen con las prácticas donde son creadas y manipuladas. La realidad de esta manera se multiplica puesto que el objeto de manipulación tiende a diferir de una práctica a otra.

En el estudio de las enfermedades crónicas relacionadas con el sistema cardiovascular y específicamente la presión arterial, se hallan diversas investigaciones denotando evidencia histórica, teórica, clínica, epidemiológica y empírica; sin embargo, la literatura es escasa en investigaciones donde se asume este objeto como una entidad dotada de agencia, determinante de formas de actuar y ensamblajes en diferentes contextos donde se movilizan los padecimientos, abordada desde la antropología y el análisis de lo social. Por esta razón elegí el enfoque ontológico circunscrito en la teoría del actor red, el que posibilitó tematizar y abordar a la presión arterial desde otras posiciones y miradas, más allá de los abordajes “tradicionales” de la construcción de la ciencia y la modernidad.

1.2 Cimientos desde lo teórico como referencia para el rastreo

El argumento ya no es que los métodos descubren y describen realidades. En cambio, es que participan en la promulgación de esas realidades (Law 2004: 83).

La Organización Mundial de la Salud define la presión arterial como “la fuerza que ejerce la sangre al circular por las arterias y ha establecido que un aumento de esta mayor de *140/90 mm/Hg* en personas mayores de 18 años, es considerada como hipertensión arterial” (OMS 2009: 13). En las últimas décadas, la enfermedad ha generado una situación sanitaria compleja, siendo la principal causa de enfermar, discapacitarse y morir, considerándose un reto para la salud pública. La biomedicina, ha establecido una serie de factores de riesgo en la materialización de enfermedades cardiovasculares, entre ellos el aumento de grasa corporal, la diabetes, el tabaquismo y la obesidad, incluyendo la presión arterial elevada. En consecuencia, el mantenimiento de la presión arterial en cifras “normales” es el principal propósito de la atención en los servicios de salud, junto con el control de los factores de riesgo.

La presente investigación no se enfocó en vincular definiciones previas de la presión arterial, esto es, no se asumió desde la dinámica biomédica. Por el contrario, me pregunto la presión arterial como una entidad¹⁰ construida producto de las prácticas, en ese sentido, encaré mi cuestión en términos ontológicos y no epistemológicos. El ejercicio pasó por describir categorías que no terminan de encajar del todo; de conocer el proceso de construcción de la presión de una forma más rica, es decir, como el resultado de una elaboración cultural que permita abrir espacios para plantear preguntas en lugar de brindar aseveraciones y visualizar la presión arterial no como un objeto sólido donde se realizan meras descripciones, sino como una entidad constituida por un conjunto de relaciones que se van haciendo, moviendo y transformando.

En el ejercicio se asumió la cultura como un proceso, como esa red o trama de sentidos con que se les da significados a los fenómenos o eventos de la vida cotidiana, donde el hombre está insertado en esa urdimbre que él mismo ha tejido (Geertz, 1973), donde existe una producción de sentidos, definidos por los fenómenos y eventos de la vida para un grupo humano determinado. El sentido se entiende como un entramado de significados vividos (como conjunto semiótico) y

¹⁰ La palabra entidad significa “ente o ser”, “colectividad considerada como unidad” y hace referencia a los participantes involucrados y los productos de la acción; estos son humanos o no humanos, pueden ser personas u objetos, que están vivos o están muertos. Tienen la particularidad de ser heterogéneos y esta característica les dota de la capacidad de agruparse, de modo que pueden ser y estar en relación. Una entidad es el motor de diferentes prácticas, de otros relacionamientos (Martínez, 2016).

actuados dentro de una comunidad. Allí, cada grupo humano tiene un significado para cada cosa del hacer y del quehacer, de manera que esos significados tienen solo las connotaciones que ese grupo humano particular les da, pudiendo ser parecidos a los de otro grupo, pero nunca los significados iguales en su totalidad.

La cultura ha penetrado en los diversos escenarios de la vida cotidiana y local. Su papel ha sido determinante en la constitución de la formación de identidades y subjetividades. Hall (2000), habla de la centralidad de la cultura y su expansión sustantiva para los procesos globales de formación y cambio; su injerencia es fundamental en la organización de las actividades, instituciones y relaciones culturales en la sociedad. Así mismo, desde una perspectiva epistemológica, afirma que la cultura es usada para transformar nuestra comprensión, explicación y modelos teóricos del mundo a través del conocimiento y la conceptualización. Hall asevera que la cultura no debe asumirse como una variable sin importancia, secundaria o dependiente en relación con lo que hace al mundo moverse; tiene que ser vista como algo fundamental. Si se ve de esta manera, hay un cambio de paradigma (“giro cultural”) en que el lenguaje tiene una posición privilegiada en la construcción y circulación de significado donde se constituyen los hechos y no solo los relata. Se trata aquí de la relación total entre el lenguaje y lo que podemos denominar “realidad”. Ese “giro cultural” está ligado al lenguaje, porque la cultura no es nada más que la suma de diferentes sistemas de clasificación de diferentes formaciones discursivas a los cuales la lengua recorre a fin de dar significado a las cosas (Hall, 2000).

La cultura entonces es formada, gobernada y regulada, es la que nos gobierna, esto es, “regula” nuestra conducta; es acción social y prácticas humanas y, por ende, la manera en que las personas actúan dentro de las instituciones y en la sociedad en general. Su dinámica está enmarcada en la cuestión del significado, por lo tanto, a la dimensión “cultural” o discursiva de la acción social y de la conducta humana. Si bien la cultura tiene diferentes dimensiones (Restrepo, 2019), también es un instrumento analítico para dar cuenta y hacer sentido de ciertas problemáticas. Así mismo, no es una cosa del mundo, sino que constituye un complejo y denso artefacto conceptual. La cultura, como herramienta, ha habilitado un ejército de expertos y tecnócratas, activistas y trabajadores, que hablan y reproducen su existencia en nombre de la cultura, administran el mundo y sus gentes, posicionados en campos particulares donde se disputan los términos de la inteligibilidad y hacibilidad, produciendo particulares sujetos morales y ordenamientos (Restrepo, 2019). De manera que nada hay de inocente en la cultura, al contrario, supone un particular terreno de relaciones, de poder y de disputas, de sedimentaciones y visibilidades, definiendo el sentido común de nuestra época como la ubicuidad analítica y política de la cultura.

Por otra parte, existe una relación lengua–cultura–pensamiento donde a cada cultura le corresponde cada concepción sobre el cuerpo humano encarnada y expresada en su cosmovisión, siendo vehículo de dichas concepciones la lengua. Desde allí se plantea un eje básico de investigación denominado cuerpo–cultura abordado por el lado de la lingüística, que pone en evidencia la importancia de esta en la emergencia de categorías cuando se articula con la etnografía. Muestra de ello, es el ejercicio acerca del cuerpo humano Páez y sus relaciones con el medio ambiente, donde se dificulta la separación de la concepción del cuerpo del de la salud/enfermedad, naturaleza, territorio, sociedad, historia (Portela, 2000).

Desde estos abordajes, se busca para la presente investigación, entender la salud y la enfermedad como procesos y productos sociales con significados compartidos, donde el análisis de las formas como colectividad la construye y representa su realidad. En términos de la enfermedad, es una realidad conceptual que no existe, sino dentro de un contexto social y cultural amplio, en el cual adquiere determinadas formas y como tal se la explica y trata (Portela, 2018). Como lo describe Langdon (2014) en su etnografía con los Siona, la causa última de la desgracia y la enfermedad, es interpretada en virtud de su significado según su sistema cultural de símbolos y valores.

En este ejercicio se planteó usar una estrategia donde se bloqueara las generalizaciones sistemáticamente y se trabajara con localizaciones para analizar el estudio de objetos en la práctica y limitar generalizaciones de carácter global (Law y Hassard, 1999; Latour, 1999; Callon, 1999). En este abordaje, las cosas son en virtud de sus relaciones con otras cosas, no por cualidades esenciales y perpetuas intrínsecas a estas. No sólo atienden a los discursos de los actores, sino también hacen visibles las relaciones entre personas, técnicas, artefactos, entre otras materialidades. Así las cosas, se trata de un mapeo de las relaciones que a la vez son conceptuales y materiales.

Los referentes teóricos en los que se ensambla este ejercicio, se relacionan con la propuesta de singularidad de Law (2004). Law plantea que la ciencia positivista se ensaña en eliminar la multiplicidad, reconciliando las diferencias y abogando por la singularidad de lo real, tratando de consolidar un solo objeto coherente, racionalizado y sumiso entre unas versiones sobre otras, excluyendo versiones contradictorias y la creación de objetos compuestos. Al contrario, dice Law, la apuesta es construir mundos de objetos donde haya inclusión, contradicción y cooperación, pero nunca llegando a la singularidad. Este andamiaje teórico se relaciona con elementos conceptuales empiristas de la Teoría del Actor Red donde se cuestiona el reduccionismo social y la producción de certeza derivada del ámbito de la ciencia y la tecnología; no se fundamenta sólo en el papel de unos actores (humanos) y sus relaciones culturales y sociales, sino con un componente de interacciones

heterogéneas entre humanos y no humanos (tienen agencia) que pone especial atención a un rol de estas entidades para movilizar la acción y elaborar el conocimiento.

En el constructo teórico de esta investigación, toma principal relevancia la perspectiva semiótica donde las entidades no tienen existencia, sino que se da mediante las relaciones que establecen. El lenguaje que propone la TAR ha permitido ir más allá de las explicaciones mecanicistas u organísmicas respecto a los eventos que constituyen los ámbitos socio técnicos, y, en particular, los biomédicos. Se considera que la realidad no puede considerarse como un hecho externo, objetivo y sujeto a la interpretación cultural de la ciencia. Para explicar de qué modo lo real es construido y reconstruido activamente, en la TAR se pone el foco sobre la heterogeneidad material de las redes de actores humanos y no humanos, interpretándose en términos de una ontología relacional (Law, 2007).

En el análisis de construcción de la presión arterial, es necesario aclarar que el proceso no es un constructo de ideas, ni el resultado de puntos de vista. Es materialidad que requiere de la actividad para emerger. Considerar a la presión arterial como algo que se hace, tiene profundas implicaciones. Es convertirla en una materialidad contingente y temporal, siempre dependiente de las condiciones que la hacen posible. La tarea es comprender las relaciones que ponen en práctica la presión arterial porque en ellas, es posible rastrear el papel de todas las entidades partícipes en su surgimiento. En este escenario, reflexioné a partir de la etnografía, en la dinámica de producción de entidades y no simplemente en cómo se comparte y perpetúa el saber.

En el desarrollo de la investigación, me apoyé en el concepto de multiplicidad de Mol (2002), donde se pone de relieve la diversidad, posibles maneras de ver, sentir, hacer o ser una cosa en particular, donde la multiplicidad resiste el reduccionismo e invita a explorar las muchas posibilidades de las cosas (Mol, 2002). Una lente de multiplicidad brinda oportunidades para explorar categorías que en la cotidianidad no se examinan ni se reconocen, alejándose de las prácticas analíticas tradicionales. En este abordaje no se sigue una mirada que trata de ver objetos, sino que sigue los objetos mientras son construidos en la práctica. Mol y Law hacen referencia a contextos biomédicos occidentales, que son precisamente la *enacción*¹¹ (de cuerpos, de enfermedades) y la interacción (con máquinas, con otros humanos) las que crean realidades y

¹¹ Como lo plantea Mol (2002) e Ibañez (2017); el concepto *enactment* o *enactuar* o *enacción*, hace alusión a -poner en acción- donde los objetos se construyen, se moldean o “se hacen” en y por las prácticas que los contienen. La *enacción* se puede interpretar también como hacer existir, hacer a algo o hacer a alguien a través de las prácticas (Bernasconi, 2015). Otros autores lo han traducido como actuar, promulgar (Castillo, 2012).

mundos (Mol y Law, 2004). Aquí la enfermedad no es singular, es múltiple, puesto que es enactuada (hecha) de múltiples formas a través de distintas prácticas. Desde este sentido, el interés en los análisis se mueve de las representaciones a los objetos y mientras esto ocurre, también elimina eso que Law denomina singularidad.

Para analizar las relaciones y lidiar con un objeto múltiple, no se asumió que lo que está en juego en el conflicto o negociación son diferencias culturales acerca de un mundo común, sino que se presta atención a la posibilidad de poner en juego mundos diferentes. Para hacerlo, realicé un inventario de tipos de actores y sus relaciones, pues, cualquier forma de entender el mundo debe hacer suposiciones sobre qué tipo de cosas existen o pueden existir, y cuáles podrían ser sus condiciones de existencia o relaciones de dependencia y, en ese sentido, determinar si hay conflictos ontológicos susceptibles de investigar en profundidad.

1.2.1 Los estudios sociales de la ciencia y la tecnología

Los CTS corresponden a un enfoque investigativo que pone a disposición una serie de componentes, a través de diferentes abordajes y tensiones, aportando a la problematización de la ciencia, abriendo categorías de interés en el análisis de las prácticas, la realidad y la multiplicidad. Desde este movimiento intelectual y político, donde interaccionan diferentes propuestas heterodoxas, me enfoco especialmente en el planteamiento de “ontología múltiple” de Annemarie Mol, un concepto emergente de la TAR que apunta a dar respuestas al cómo vivir juntos fuera de los cánones impuestos por la modernidad. Estos movimientos tienen en común, la puesta en tensión a las definiciones de cultura como epistemología y a la deconstrucción de hegemonías de las diferentes dicotomías impuestas por el pensamiento occidental (Kohn, 2015).

1.2.2 El giro ontológico en antropología

La emergencia del giro ontológico en el contexto de la antropología tiene sus orígenes en los postulados de Callon y Latour en la década de los años 80, cuando la TAR planteaba que las acciones de los objetos, las máquinas, los conceptos, los animales, las entidades, los humanos, entre otros, tenían equivalencias en la generación de relaciones tanto de corte material como del discurso, hallando correlaciones entre seres e ideas y el reconocimiento de agentes alterizados por el relato moderno. A esta convergencia se le denominó antropología simétrica, cuyas pretensiones era rastrear acciones de los actantes¹² pero sin previamente describirlos o enmarcarlos en la dicotomía

¹² Un actante es “algo que actúa o cuya acción es otorgada por otros”, donde la acción no implica la motivación de los actores individuales humanos, ni de los seres humanos en general. Un actante es entonces “cualquier cosa a la que se le

naturaleza-sociedad. La TAR considera el mundo social y natural como un efecto continuamente generado de las redes de relaciones en las que se sitúan. Asume que nada posee realidad o forma fuera de la enacción de dichas relaciones (Law, 2009). Al adoptar este componente en los procesos de análisis, es inmiscuirse en el mundo material, dando como resultado escapar de dinámicas epistemológicas y transitar hacia cuestiones de tipo ontológicas.

La relevancia de la TAR está dada en deconstruir aquellas dicotomías que el discurso de la modernidad ha establecido en la construcción de conocimiento, trazando una frontera entre naturaleza y sociedad (Latour, 2007) tales como sujeto-objeto, humano-no humano y agencia-estructura. La modernidad establece dos escenarios ontológicos diferentes: el mundo de lo humano y el mundo de lo no humano (Latour, 2008), en los cuales se establecen intereses distintos para la indagación científica. En esta dicotomía se definieron dos tipos de prácticas, por una parte, las prácticas de traducción y por otra, las prácticas de purificación. A través de las primeras prácticas, la distinción humano no humano era artificial, de manera que los objetos constituyentes del mundo eran híbridos (combinación de elementos humanos y no humanos que no tienen existencia por sí mismos), su existencia era negada o se hacía invisible a través de prácticas de purificación (borrar las huellas de los híbridos). Las segundas prácticas demarcaban dos escenarios ontológicos: el mundo de lo natural y lo social (el mundo de lo no humano y el mundo de lo humano).

La TAR plantea deconstruir tales dicotomías mediante el concepto de simetría. En términos amplios, trata que lo social no se restringe solo a analizar aspectos de lo humano. Lo no humano se vincula con sus relacionamientos, en ese sentido, lo social asume un carácter tan problemático como lo natural al considerar diversos roles y agencias que interactúan en las redes que conforman la realidad (Tirado y Dominic; 2005). Así las cosas, los humanos, al igual que los no humanos, tienen agencia y establecen criterios para el actuar definiendo afectaciones de algo o alguien. En ese sentido, la TAR incorpora el concepto de actante más que de actor, pues ahora no solo los humanos (actores) tienen agencia, sino que los no humanos (actantes) también la tienen.

En la antropología, el debate del giro ontológico se ha posicionado desde la realización de etnografías, aportando a la identificación de consecuencias políticas y epistemológicas, relacionando la subalternidad de las comunidades donde se enmarcan los encuentros etnográficos (vale la pena aclarar que el giro ontológico no funge como una perspectiva teórica, sino como un movimiento intelectual y político). Un aspecto relevante hace referencia a que la realidad es *múltiple*, la realidad

concede ser la fuente de acción" (Latour 1996: 23), puede ser humano o no, aunque en general es una combinación de ambas cosas.

no está completa, por el contrario, está siempre construyéndose. Este planteamiento nos lleva a considerar la creación de nuevos objetos que tienen una existencia parcial. Hace especial énfasis en las prácticas donde se da un relacionamiento distinto de la realidad, sin señalar que esta se trate de creencias distintas, sino que, obedece a la interacción de diferentes mundos, incluyendo una centralidad especial al desempeño de las cosas dando cuenta de entidades, procesos y seres que fueron excluidos de los análisis de los proyectos humanistas. La inclusión de estas categorías en los análisis antropológicos, induce a la vinculación del pensamiento “Otro” para posibilitar, desde aproximaciones ontológicas, versiones más amplias de la realidad¹³.

Viveiros de Castro, uno de los militantes en el movimiento del giro ontológico, ha declarado una premisa provocadora acerca de dinámicas en torno a la incorporación de nuevos matices en la antropología: “tomarse en serio al Otro” y a través de “contemplar el pensamiento del Otro únicamente como una actualización de las insospechadas virtualidades del pensamiento” (Viveiros de Castro 2011: 141) poder girar la antropología hacia un sentido ontológico, otorgándole a los discursos nativos por ejemplo, una importancia equiparable con la filosofía, pues, estos discursos, no solo contienen conversaciones de las sociedades, sino, que hacen referencia a sus mundos productos de la realidad, diferentes al euro americano.

El giro ontológico parte de un debate al constructivismo en contraste con el realismo, abogando por obtener una forma de analizar más pragmática y empíricamente la realidad. Si la premisa desde el realismo es “*las cosas son como son*” y, por otra parte, el constructivismo “*las cosas son construcciones sociales*”, el giro ontológico plantea que, *las cosas son producidas en prácticas, son reales, por lo tanto, son como son*, añadiendo que las cosas son de más de una forma y no son de una vez para siempre. En tal sentido, rastrear la presión arterial a través de prácticas concretas, permite valorar su existencia de la forma en que existe. La etnografía aparece en este ámbito de la indagación de los fenómenos como la manera de identificar si existe o no multiplicidad de un objeto o una realidad determinada.

El concepto de ontología, desde la antropología, hace referencia a la multiplicidad de formas de existencia puestas en acción en prácticas concretas. Busca visualizar lo “otro” a través de

¹³ En 2013, la revista *Social Studies of Science*, dedicó un número especial al tema; allí, artículos de Pedersen Duncan, Woolgar y Lezaun, Van Heur, Leydesdorff y Wyatt y Lynch, Viveiros de Castro y Holbraad, fueron presentados (<https://journals.sagepub.com/toc/ss/43/3>). En 2014, la revista *Cultural Anthropology*, publicó un número para debatir el tema y algunas de sus contribuciones destacadas con autores como Holbraad and Pedersen, Holbraad, Viveiros de Castro, Kohn, Blasser, Verran, de la Cadena y Mol. Implicaciones teóricas del ‘giro ontológico’, tratando de dilucidar tanto su novedad como sus aportes respecto a otras aproximaciones a la ciencia y la tecnología. (<https://culanth.org/fieldsights/series/the-politics-of-ontology>)

herramientas conceptuales, desarrollando experimentos desde la etnografía e insertando “lo que podría ser” en el ejercicio de la construcción de objetos. Estas denominaciones tienen implicaciones de lo ontológico en términos políticos (Stengers, 2014) pues, avizorar las implicaciones de lo otro que, tradicionalmente han sido subyugadas, marginadas en el marco de procesos de la realidad, plantea que las decisiones de determinadas dinámicas del mundo social, deberían tomarse en presencia de aquellos que les compete y afecta en consenso con quienes las ejecutan para limitar la generación de víctimas (humanas, animales, medioambientales). Aportes a la refrendación de estos postulados han sido apoyados por una serie de investigadores como Bruno Latour (2008), John Law (2004), Donna Haraway (1995), Isabelle Stengers (2014), planteando críticas a la producción del conocimiento científico desde la modernidad y han abogado por el interés en la investigación situada, “mundana”, localizada.

En el giro ontológico, como se ha mencionado, la realidad es el producto de la realización de acciones rutinarias materializadas por la continua interacción de entidades humanas y no humanas, y en ese sentido, la realidad no se asume como hecha, sino que la realidad se hace, en palabras de Mol (2002) se performa; se enactúa (Mol, 1999; Law y Lien, 2013). Se considera como un proceso dinámico donde coexisten infinidad de posibilidades susceptibles de coordinar, pero también oponerse, generando tensiones que al final dan forma a los objetos. Desde el sentido ontológico, la realidad se considera múltiple, es decir, está hecha de diferentes formas, capas o versiones conectadas, así la multiplicidad, viene a ser la emergencia simultánea de realidades diferentes que se conectan y se hacen con las prácticas en determinados contextos donde intervienen entidades humanas y no humanas.

Las prácticas entonces, toman relevancia desde la perspectiva ontológica, pues, la realidad de las entidades se hace en y con ellas. Las prácticas son entramados de relaciones entre entidades de diversas características dadas en contextos específicos (Law, 2013), acciones que se dan momento a momento; movimientos que se repiten, en palabras de Law “coreografías”. Interesa, además, preguntarse por la manera en que se organizan las prácticas, no solo para identificar jerarquías, sino dar a conocer de manera prolífica particularidades de las relaciones establecidas entre ellas, identificando si estas coexisten o por el contrario, entran en conflicto en condiciones determinadas y, por supuesto, conocer qué implicaciones llevan esas particularidades en el proceso de construcción de entidades múltiples. Las prácticas para la TAR son el lugar donde ocurre la acción; en las prácticas es donde se hacen las entidades; su observación alude a la manera en que los actantes hacen la realidad. Vale la pena recalcar que los actantes nunca actúan solos, es necesario su convergencia para lograr generar las realidades.

1.2.3 Acerca de Enactment (poner en acción)

En el reconocimiento del enfoque ontológico, se enfatiza en *lo que es* y restrictivamente *en cómo se conoce*, acentuando específicamente en la identificación y dinámicas de la existencia de entidades y seres, más no solo desde la forma en que las conocemos, permitiéndole caminar desde lo empírico e identificando cómo se hace la realidad a través de las prácticas (Wolgar y Lezaun (2013). Tales apropiaciones llevan a considerar que “*los objetos no están ahí afuera, esperando a ser conocidos a través de herramientas epistémicas*”, sino que los objetos se moldean; “se hacen”; “se ponen en acción” en y por las prácticas que los contienen (Ibáñez, 2017), aludiendo a lo que Mol plantea con el concepto de *enactment*.

Esta idea es relevante en la investigación porque el conocimiento de los objetos no depende de una cuestión de perspectivas, sino de diferentes versiones que lo hacen en la práctica y es susceptible de ser actuado. Desde la visión ontológica, podríamos afirmar que la presión arterial puede existir o no como una entidad múltiple, sin embargo, se debe tomar en consideración y hacer la diferenciación que lo múltiple no es sinónimo de pluralidad. En la etnografía de la arteriosclerosis - *el cuerpo múltiple* - de Mol (2002), no es que los cuidadores de salud y las personas con la enfermedad asuman una perspectiva diferente de lo que es el padecimiento, sino, que la realidad de la apuesta ontológica es múltiple, no plural. La pluralidad, desde el abordaje de Mol, hace referencia a que en un mundo plural existen realidades únicas, además de interpretaciones diversas sobre esa misma realidad, formuladas de manera discursiva, a diferencia de la multiplicidad, donde los objetos en la realidad tienen por ellos mismos una identidad diversa debido a que se configuran a través de prácticas diferentes, las cuales no necesariamente pasan por el discurso (Mol, 2002).

Desde este planteamiento, Mol no analiza los objetos y sus controversias colocándolos en el centro para hacerlos que permanezcan inamovibles, inmodificables, intocables, donde las miradas, las interpretaciones hacia el objeto se multipliquen. A diferencia de esta postura, Mol propone multiplicar la realidad, más no, el número de observadores (Mol, 2002). La enfermedad está constituida por prácticas que generan su propia realidad material y no obedece a una realidad única. Para construir la enfermedad debe existir combinaciones de las acciones corporales, más intervenciones biomédicas para enactuar cuerpos que no se consideran completos (asumiendo que el cuerpo es un objeto que se hace). Tampoco son sistemas cerrados, por el contrario, están constituidos por pedazos de mundos que los rodea, al tiempo que su acción puede ser desplazada fuera de sí, excorporada (Mol y Law 2004).

El planteamiento de Mol en la exploración de prácticas que construyen objetos, permite ver la estructura de las redes que la conforman de manera consolidada, ordenada, hegemónica, incluyendo la manera en que las entidades se encuentran en diversas posiciones de poder, en el proceso de construcción de realidades múltiples. Aparece una interesante categoría de análisis relacionada con ver la descripción de cómo se hace un objeto desde prácticas “mundanas”, es decir, aquellas prácticas que ocurren en la cotidianidad, así como lo que pasa en y por el cuerpo y lo material. Esta serie de análisis incluyen prácticas que fueron excluidas, marginadas, subordinadas por el ejercicio de perspectivas modernas, permitiendo la exploración de la coordinación entre los agentes, las entidades, al igual que la identificación de la coexistencia o la colisión entre versiones resultantes que configuran la realidad como múltiple.

Una etnografía donde Mol pone en juego estas categorías se encuentra en el estudio sobre la anemia. En la investigación, describe que este padecimiento no es configurado como único, sino, que es múltiple, al disponer de diferentes prácticas para construirlo, donde coexisten técnicas de laboratorio, exámenes clínicos, diagnósticos y también análisis desde la epidemiología. Aquí ninguna versión se impone sobre otra, simplemente el padecimiento tiene versiones diferentes que coexisten; además, se dan procesos de articulación entre ellos mismos que dependiendo del contexto, pueden llegar simultáneamente a desconocerse. La anemia entonces se observa en placas de microscopios, otra versión se construye desde la valoración física de la persona; se clasifica de conformidad con parámetros establecidos a través de diagnósticos y se calcula tasas, prevalencias e incidencias de la anemia desde registros del número de casos para construir datos estadísticos (Mol, 1999). Así las cosas, es la *enacción* de cuerpos y de enfermedades y su relacionamiento con máquinas y otros humanos, lo que permite crear realidades y mundos (Mol y Law, 2004).

Los estudios empíricos de ontología rastrean, observan, siguen qué objetos llegan a ser de una manera relacional, múltiple, fluida y más o menos desordenada e indeterminada a través del conjunto de prácticas específicas, connotando una provisionalidad. Un objeto no es general, sino más bien específico, depende de cómo se “haga” en la práctica. Se considera que no hay un escenario ordenado separado de las prácticas y las relaciones generadas entre ellas, de hecho, si hubiese un orden, es un orden provisional y específico de ciertas prácticas y sus relaciones ordenadoras.

Abordar la red de relaciones entre las prácticas y dejar hacer al objeto, tiene que ver con una cuestión de agencia¹⁴, donde las prácticas corresponden a un conjunto de relaciones repetitivas, incluyendo a las personas y materiales físicos que representan al objeto.

En el giro ontológico, la materialidad adquiere un preponderante espacio donde la ciencia, la tecnología y lo social no corresponden a entidades cerradas, sino que se constituyen en redes a partir de interacciones socio-materiales. El constructivismo, que explicaba la producción de conocimiento desde “lo social”, adquiere en términos del giro ontológico, esferas más amplias para explicar las realidades, permitiendo extralimitarse de los dualismos establecidos por el constructivismo social, donde las dicotomías naturaleza-cultura; humano- no humano; ciencia-sociedad, operaban de manera sistemática en la producción de ese conocimiento. Avanzar en la emancipación de estos dualismos, requería de prestar una mayor atención a lo que la materialidad hacía emerger en términos de la inclusión del análisis de lo no humano en las dinámicas técnico-científicas y del orden social. Por otra parte, el rastrear redes socio materiales que se construyen, desarman y se están consolidando continuamente, es un insumo metodológico para aportar a la deconstrucción del determinismo social.

Las implicaciones políticas del planteamiento de Mol hacen alusión al orden. Su propuesta en términos de que existen simultáneamente distintos órdenes, los cuales están definidos por las prácticas de conocimiento y la realidad, se configura por esas prácticas generando diferentes versiones de los objetos. La realidad no está definida, por el contrario, existen diferentes condiciones de esa realidad y está abierta la posibilidad de su creación y, por lo tanto, esa realidad puede transformarse, así como las redes de poder que las constituyen. La implicación política va en términos de ¿cuál es la versión del objeto que interesa?; ¿se puede escoger?; ¿qué criterios se toman en consideración para seleccionar entre las diferentes versiones del objeto? Mol (2002), plantea formas dominantes de los objetos y estas características están definidas por su historia. Las versiones que se hagan de un objeto, están circulando en diferentes escenarios donde se asumen como hechos y, estos pueden generar controversias o interferencias entre las versiones de característica locales, del contexto y se pueden manifestar en forma de tensiones, colisiones o dependencias, las cuales están mediadas por estándares definidos por ciertos intereses que intervienen en la realidad dando paso a conflictos, constituyéndose como mediadores o

¹⁴ La agencia hace referencia a la capacidad que tienen tanto los humanos como los no-humanos de generar una serie de acciones en una red; en consecuencia, cualquier actante, humano o no humano, tiene agencia (Latour, 2004).

articuladores de procesos estableciendo órdenes técnico - científicos, morales, económicos y políticos.

En términos de re-pensar la presión arterial como objeto múltiple, los planteamientos de Mol permiten explorar imbricaciones dadas entre las personas, el sistema de salud, la comunidad, aseguradoras, hospitales y cuidadores de salud. Ahora bien, si comparten un espacio común, se pueden dar conflictos permanentes, ya sea en el proceso de atención; el acceso; o la propia concepción del padecimiento, identificando brechas en el proceso de deliberación para identificar y adoptar una *buena versión* para imponerla. Es decir, allí se dan una serie de interferencias por la construcción y aplicación de estándares que de alguna manera deciden establecer una realidad, de acuerdo con sus intereses, producto de prácticas concretas definidas por relaciones de poder. En ese sentido, estudiar las realidades como el efecto de lo que hacemos y de relacionamientos de la cotidianidad donde coexisten y se coordinan prácticas en el presente inmediato, funcionan como insumo para analizar las imbricaciones en términos de poder enmarcado en la cotidianidad, reivindicando, además, el papel de “los otros”, de agentes humanos y no humanos, identificando mixturas desde la marginalidad (Law y Lien, 2013).

En la propuesta de ontología múltiple de Mol (2002), además de seguir los postulados de Latour que indaga ¿qué son las cosas?, de qué materialidades están hechas y su forma de relacionarse, tal propuesta analiza cómo las diversas realidades se mantienen unidas.

Para Mol la realidad es considerada múltiple. En esa realidad hay diferentes versiones que pueden ser simultáneas y logran coordinarse y dar existencia a determinada realidad, es decir, las realidades coexisten en un mismo espacio y tiempo, dando forma a una determinada realidad. En este sentido, diferentes versiones de la realidad hacen conexiones para volver una realidad múltiple, no plural (Mol. 1999), así las cosas, la otredad está inserta en la realidad, pues participa de su configuración. De este modo, emerge el concepto de coordinación¹⁵ definido por Mol como el proceso por el cual las diferentes versiones de la realidad se mantienen unidas e interconectadas (Mol 2002). Esta interconexión hace que los objetos adquieran y mantengan una singularidad en la coexistencia de versiones diferentes de la realidad.

¹⁵ La coordinación de acuerdo con Mol (2002), corresponde a un mecanismo a través del cual, diferentes lógicas o maneras de ordenamiento se permiten coexistir para mantener una realidad. Es decir, cómo las diferentes versiones de los objetos o entidades que se ponen en acción en los campos de información, se coordinan y juntas forman una sola enfermedad, que de alguna manera se mantienen unidas.

Mol en su libro *el cuerpo múltiple*, diferentes versiones de la arteriosclerosis hacen que se multiplique en los diferentes escenarios donde se diagnostica, por ejemplo, en el consultorio es dolor que perciben las personas; en el laboratorio de patología son arterias que se engosan por el colesterol; en las imágenes diagnósticas, venas obstruidas; en la ecografía, disminución de la presión sanguínea percibida por sonidos; en el quirófano, obstrucciones que colapsan las venas y, en Holanda, un indicador que denota una de las principales causas de muerte. A pesar de contener diferentes versiones, la arteriosclerosis necesita ser singularizada para lograr ser tratada. Esto es, la arteriosclerosis es una entidad que es más que una, pero menos que muchas (Mol, 2002). Las versiones de la arteriosclerosis que emergen del análisis de las prácticas, hacen conexiones entre ellas para lograr coordinarse y ser tratadas. Algunas versiones coexisten sin controversias, en otros casos, generan colisiones. Por ejemplo, puede haber dolor, pero no pérdida de presión sanguínea; puede disminuir la presión sanguínea pero no requerir de cirugía. Así las cosas, es el proceso de coordinación que lleva a la singularidad práctica donde la enfermedad pueda ser tratada en el escenario clínico.

Otro proceso que permite la coexistencia de realidades diversas, además de la coordinación, hace alusión a la distribución¹⁶. Es a través de la distribución que pueden existir diferentes objetos, los cuales no están buscando un escenario común para complementarse, de hecho, pueden darse divergencias, pero no necesariamente generar conflictos o buscar consensos para coexistir en los diferentes escenarios. Si las versiones de un objeto o realidad están separadas en diferentes sitios, esa diferencia no se reduce a una singularidad; como plantea Mol, en la arteriosclerosis, esta entidad emerge en diferentes sitios de los itinerarios de las personas, así las cosas, el diagnóstico no tiene la misma versión que el tratamiento, se hace de manera diferente, sin embargo, no se generan situaciones problemáticas por ser distintas versiones, aun así se mantienen en diferentes espacios porque hay tránsitos de una versión a otra.

En resumen y de acuerdo con lo expuesto, los conceptos adoptados en el ejercicio de investigación están relacionados con *enactment* y multiplicidad. *Enactment* se asume como la forma en que se comprende cómo las realidades se constituyen y cómo se ponen en acción a través de las prácticas mediante procesos de coordinación y distribución; en este escenario, las prácticas se asumen como actividades que los actantes llevan a cabo en escenarios específicos siendo el insumo fundamental donde se da la acción; es en y por las prácticas que las realidades logran su existencia.

¹⁶ La distribución hace alusión a la manera en que las incoherencias entre las diferentes versiones de los objetos no se eliminan y, de alguna manera, se logra convivir con ellas, esto es, los objetos se dejan incoherentes (Mol, 2002).

La multiplicidad queda definida de acuerdo con Law (2004), como la diferencia, la promulgación¹⁷ simultánea de objetos en prácticas diferentes cuando se dice que aquellos objetos son lo mismo. De allí la afirmación de la existencia de muchas realidades en vez de una sola. Esto surge porque las prácticas son infinitamente variables y difieren entre sí. La afirmación adicional es que las prácticas se superponen de muchas maneras impredecibles, generando interferencias entre diferentes realidades. La multiplicidad es inconsistente con la singularidad y también con el pluralismo.

Con estos elementos conceptuales se aprecia a la presión arterial como una entidad que no solo se circunscribe al espacio del cuerpo humano, sino que abre a diferentes posibilidades en que se pone en acción, vinculando diversas conexiones que le posibilitan inscribirse en diversos escenarios donde puede adquirir versiones múltiples. En el proceso de análisis de las prácticas en los escenarios seleccionados para observar el objeto, se considera que las prácticas no son universales y están situadas, se ejecutan en espacios definidos y de esta manera hacen emerger versiones particulares.

1.2.4 De la antropología médica

Caminar a través del sistema de salud desde una lógica descentrada de las dinámicas biomédicas para continuar abordando esta investigación, tiene sus cimientos desde la antropología médica. La antropología médica desde la posición de Martínez-Hernández (2013), dispone de un repertorio de conceptos, teorías y modelos a fin de ser insertados en el mundo cultural, social, político y económico de la enfermedad, incluyendo el sufrimiento, así como del conocimiento y la práctica biomédica. En este escenario, lo que se denomina enfermedad no es asumida como un fenómeno afectado por el mundo social, sino como parte de ese mismo mundo. La antropología médica comprende a la salud como un proceso cultural que asume las categorías salud-enfermedad-atención en el análisis de la realidad, tomando en consideración las dinámicas humanas como constructoras de respuestas específicas para comprender y abordar los padecimientos.

Emerge de los encuentros entre las ciencias sociales y las ciencias de la salud en la década de los años cincuenta del siglo XX, en el momento en que profesionales de las ciencias sociales se insertaron en las dinámicas de entidades gubernamentales y académicas del sector sanitario,

¹⁷ Siguiendo a Law (2004), promulgar corresponde a la afirmación que las relaciones y, por lo tanto, las realidades y las representaciones de la realidad (o en términos más generales las ausencias y presencias) son interminablemente o crónicamente creadas en un proceso continuo de producción y reproducción. No tienen estatus, posición o realidad por fuera de aquellos procesos.

introduciendo categorías del orden social para el abordaje de la enfermedad, en espacios de la formación, la práctica médica y los sistemas de salud. La inclusión de metodologías cualitativas para aproximarse a las diferentes realidades, situó enfoques teóricos y epistemológicos diferentes a la tradición biomédica, avanzando en la deconstrucción de la tradición cartesiana con la que habitualmente se explican los fenómenos de la salud y la enfermedad (Briceño-León, 2003).

La antropología médica profundiza en diferentes entornos donde diversas sociedades humanas conviven y construyen sus procesos de atención. Su origen se remonta a ejercicios de sistematización de las prácticas y de creencias sobre la enfermedad desarrollados por investigadores como Malinowski en 1948 en el estudio titulado *ciencia, magia y religión*. Por otra parte, Pritchard en 1937 en su libro *Brujería, oráculos y magia entre los azande* y Ackernecht con *Cirugía primitiva* en 1946; poco a poco fueron incluyendo diversos desarrollos para lograr orientaciones desde la perspectiva de la adaptación humana, lo mismo que de la etnografía en el ejercicio de investigación con sociedades no occidentales en la realización de diferentes programas desde la salud pública. Estos ejercicios de investigación, generaron un novedoso planteamiento epistemológico, abriendo posibilidades a debates teóricos y reflexiones de la práctica etnográfica en las que se hallan inmersas la biomedicina, la tecnología utilizada en los servicios sanitarios, conjuntamente con categorías biomédicas determinantes de los procesos de la salud y la enfermedad.

La presente investigación hace alusión a la vinculación de categorías críticas en los procesos biomédicos que sugiere la antropología médica, planteando cuestionamientos no solo desde la mirada funcionalista o pragmática donde la antropología funge como un instrumento de la medicina occidental, sino que hace alusión a la biopolítica, el poder, la dominación y la resistencia, ampliando la perspectiva crítica de las dinámicas de salud y atención del aparato moderno, su lógica capitalista y los dispositivos de poder (Kleiman, 1995), a través de la asunción de procesos que toman como referencia la vida misma de los sujetos, su sufrimiento, la salud, la enfermedad y la muerte, con un relevante enfoque de la vivencia de las personas circunscritas en los procesos sociales, como forma de analizar y emanciparse de tendencias capitalistas (Abadía, 2013). La experiencia humana siempre pasa por estructuras metafóricas, culturalmente construidas y socialmente reproducidas, que dotan de significado a la experiencia.

En la medida que la antropología médica fue incorporando categorías epistemológicas más amplias de la mirada biomédica, la etnomedicina, que en sus orígenes estudiaba sociedades tradicionales, se fue vinculando en los estudios de sociedades complejas, movimiento que posibilitó la construcción del enfoque interpretativo del proceso salud-enfermedad el cual plantea que una

realidad depende de los significados que los sujetos le asignan y mediante estos se construyen realidades sociales basados en mundos donde los sujetos interactúan. Al inicio, la etnomedicina se restringía a pequeños escenarios comunitarios del área rural conformado principalmente por campesinos e indígenas, donde se abordaban temas relacionados con la eficacia simbólica y empírica de procesos diagnósticos y terapéuticos, además de agentes causales tradicionales con quienes se realizan clasificaciones de enfermedades, de acuerdo con los roles de los agentes tradicionales y especialistas (Menéndez, 1990).

El análisis de barreras culturales en el acceso a los sistemas de atención estatal fue incorporado por Eduardo Menéndez, insumo relevante para nutrir la antropología médica en Latinoamérica. Menéndez logró construir una estantería de estudios relacionados con el proceso S-E-A, relacionando conceptos de la hegemonía propia de los sistemas de salud con categorías de la subalternidad y los procesos transaccionales a los que se someten las personas en la búsqueda de la resolución de sus necesidades (Menéndez, 2003). En este compendio de estudios, emana una serie de conceptos como el modelo médico hegemónico, el proceso de autoatención y el modelo alternativo subordinado (Menéndez, 1990).

Por otra parte Kleinman (1977), planteaba que el proceso de enfermar no obedecía exclusivamente a un fenómeno de tipo físico, por el contrario, correspondía a un modelo explicativo que tomaba en cuenta la cultura no solo como forma de representar la enfermedad, sino como un proceso constitutivo de la realidad humana, en ese sentido, la enfermedad es conocida tanto por las personas y los curadores, construyéndose desde dinámicas culturales donde confluyen, además de lo biológico, lo social (Fajreldin, 2006). Kleinman señalaba que el estudio de la biomedicina y su relación con la enfermedad, debía tomar en consideración las categorías estudiadas desde estas relaciones, pues no estaban más allá de la cultura, puesto que dichas categorías no pertenecen a la naturaleza y en ese sentido, era posible analizar a través de la etnografía, tanto la “disease” (el fenómeno clínico como manifestación) así como la “illness” (la experiencia de estar enfermo).

Desde esta consideración, se ensamblan formas del enfoque interpretativo realizando ejercicios en torno a la identificación de prácticas interpretativas y los significados que se construyen en el escenario del proceso social, fisiológico y psicológico, originando diversas formas de enfermedad e itinerarios terapéuticos donde Kleinman (1988) plantea un modelo explicativo que da la pauta para analizar diferentes nociones acerca de las etiologías de una enfermedad, conjuntamente con insumos para su diagnóstico y diferentes opciones de tratamiento. La enfermedad requiere ser interpretada de manera intersubjetiva, donde la experiencia es un

elemento de análisis de procesos culturales como la narración y el ensamble de la experiencia en los mundos morales locales. Estas asunciones permitieron abrir la redefinición de “disease” no limitada a temas relacionados con una alteración biológica, sino como algo esencial en el proceso de construcción de la enfermedad como realidad humana.

Vale la pena aclarar que “disease” adquiere connotaciones diferentes en cada sociedad y es explicada por dinámicas económicas, políticas, geográficas, del trabajo y el entorno que pueden favorecer la aparición de los padecimientos. Ahora bien, más allá de su existencia como producto de categorías físicas, se le debe reconocer que su existencia también está determinada por la cultura (Illness). Para hacer frente a las necesidades de “disease” o “illness”, los grupos sociales construyen sistemas de atención de sus padecimientos, los que se formulan a partir de prácticas y creencias, a fin de conformar procesos promotores de la salud y den respuesta a los malestares generados por los padecimientos donde confluyen prácticas clínicas, no clínicas, entidades estatales, instituciones no formales, tratamientos, que apoyan la resolución de las necesidades para favorecer el funcionamiento de la sociedad (Foster, 1978).

En la presente investigación, el sistema médico está vinculado al proceso cultural, no se encuentra eximido de esa realidad, ni mucho menos aislado de las dinámicas sociales. Cada cultura construye sistemas médicos que generan entramados donde se relacionan las visiones del mundo de las personas y su entorno. En ese entramado, la historia cultural explica el comportamiento tanto de las personas como de los curadores (Pellegrino, 1963) y los sistemas médicos se asumen como multifuncionales donde no solo se resuelven necesidades en salud y enfermedad, sino también, retos del campo social.

Uno de los procesos claves de la antropología médica corresponde a considerar una mirada amplia del enfoque económico y político de la salud, en contraste con dinámicas de la experiencia y las capacidades de agencia de los sujetos para identificar relaciones entre aspectos económicos y políticos vinculados con los del orden fisiológico, intersubjetivo y cultural. Autores como Schepers-Hughes (1990) y Lock (1996), asumen la enfermedad como un proceso de producción social asociado a las relaciones de clase y del proceso económico global, donde se involucran dinámicas de control social a través del cuerpo, el poder y la autoridad enmarañados en los procesos de S-E-A.

Desde esta lógica, Foucault planteaba dos conceptos de interés: la anatomopolítica y la biopolítica como determinantes de estas dinámicas de singularización, a través de las cuales se controla a las sociedades. Un aspecto relevante en estas dinámicas, hace referencia al análisis de las imbricaciones entre la estructura del mundo capitalista y las creencias de las personas en relación

con la enfermedad y las experiencias con la misma (Weisner, 2000). Aparece en este escenario la relevancia de la historia en la emergencia de los padecimientos donde no solo está implicada la naturaleza, sino una preponderante influencia de la jerarquización social y la dinámica política y económica constantemente cambiante. No solo es importante hacer preguntas acerca de las concepciones de salud y enfermedad construidas en los contextos sociales, sino que, es menester indagar las dimensiones sociales en las cuales estas construcciones toman sentido (Martínez Hernández, 2008), incluyendo los intereses del capitalismo global que permea la salud y la enfermedad de manera categórica, asumiéndose como un producto de los procesos de acumulación de capital (Martínez-Hernández, 2008).

Gaines (2003) y Floyd (2001), plantean que el modelo biomédico corresponde a un sistema sociocultural donde se analizan dinámicas, estructuras y agentes propios de las instituciones que conforman los procesos institucionales de la salud. En este modelo prevalece un discurso preeminentemente biológico enmarañado en creencias, reglas y prácticas internas. La biomedicina también es denominada como un proceso cultural por Kleinman (1980) y descrita como modelo médico hegemónico, cuya definición hace alusión al conjunto de prácticas, saberes y teorías generados por el desarrollo de lo que se conoce a modo de medicina científica, quien desde fines del siglo XVIII ha ido logrando establecer de manera subalterna al conjunto de prácticas, saberes e ideologías teóricas hasta entonces dominantes en los conjuntos sociales, hasta lograr identificarse como la única forma de atender la enfermedad, legitimada tanto por criterios científicos y por el Estado (Menéndez, 1988).

Martínez-Hernández (2007), también plantea que la concepción biomédica de la enfermedad, hace alusión a que tanto la vida, así como la enfermedad y la muerte, corresponden a resultados exclusivos de procesos biológicos y en menor medida a procesos de las contingencias del campo social, la pobreza, la cultura y las desigualdades sociales. Desde la concepción biomédica, las explicaciones de enfermar se asumen como alteraciones biológicas o psicológicas que afectan particularmente a la estabilidad fisiológica o anatómica y se manifiestan a través de signos o síntomas. La biomedicina, en su pragmatismo, trata órganos y estructuras biológicas. Sus paradigmas de acción se relacionan con el desarrollo del método anatomoclínico vinculante del concepto de lesión y localización que lleva a la especificidad del conocimiento y la práctica biomédica, a través del escudriñamiento de la enfermedad mediante diferentes técnicas radiológicas y de laboratorio. El paradigma bacteriológico se enuncia desde la causalidad biológica, a través de un entendimiento de la enfermedad causada por infecciones donde se asume un tratamiento antibacteriano. De otra

parte, la medicina molecular amplió las formas de análisis y descubrimientos de la codificación celular, analizando variables biotecnológicas para lograr procesos terapéuticos más eficaces.

En estos escenarios, el determinismo biológico alude a una visión universalista de las enfermedades, asumiéndolas como "iguales" en cualquier contexto donde se presenta con los mismos síntomas y donde se ofrece el mismo tratamiento para su resolución, desconociendo el contexto histórico y social en el cual se construye (Kleinman, 1995). Esta mirada aparta las interpretaciones de tipo cultural y social, aunque sus discursos y argumentos no alcanzan para interpelar la vinculación de dinámicas culturales, sociales, políticas y económicas al proceso de S-E-A. En contraposición al determinismo biológico, señala Martínez-Hernández (2007), el determinismo cultural entra en escena replanteando conceptos propios de la biomedicina, donde la existencia de un medio cultural conformado por una serie de prácticas es construido por conductas, hábitos, relaciones sociales, entre otras manifestaciones del proceso conductual humano. En este sentido, el proceso de enfermar, la salud y la muerte son comprendidos como fenómenos dependientes de la cultura y la vida social.

En esta investigación, la salud, lo mismo que la enfermedad, se subsumen en las dinámicas culturales y sus amplias definiciones que le dan sentido, así las cosas, no son conceptos únicos, tampoco estáticos, pues, sus significados son diversos y varían de acuerdo con el contexto donde se enmarca la realidad. Cada cultura construye sus propias enfermedades y de la misma manera, cada cultura crea recursos propios para hacer frente a las necesidades que genera la enfermedad (De la Pienda y Pachón, 1999). Los diferentes modelos de salud, así como las formas y tradiciones para cuidarla y atender la enfermedad, junto a sus modos de comprensión de reconocerla y tratarla, hace referencia al pluralismo médico, donde uno de sus principales representantes es la biomedicina. La biomedicina, a partir de la estigmatización y deslegitimación de maneras "otras" de asumir la salud y la enfermedad, ha construido su propio monopolio a costa de la alterización del saber de los cuidadores de salud tradicionales y sus procesos locales de atención (Freidson, 1978).

Para terminar, Canguilhem piensa el concepto de salud desde una perspectiva ajena a la validación científica, donde no se debe reducir la salud a parámetros de normalidad, mediciones, cálculos, riesgo y desvíos estadísticos: "*no encontramos un solo intervalo normal para cada función de un órgano: estrictamente hablando, encontramos un número infinito de esos intervalos*" (Canguilhem 1.990: 28). Se propone defender un concepto de salud que escapa a esas mediciones, plantea la salud como eminentemente social y ajena a toda reducción a parámetros científicos preestablecidos. Escapa a la idea de normalidad como frecuencia estadística y de patología como

desvío de medidas preestablecidas. Menciona que el concepto salud debe referirse también al "cuerpo subjetivo", pues este permite comprender de qué modo ese individuo se vincula con su medio, cómo construye respuestas a los desafíos que su existencia le impone. Sugiere no desoír los relatos de sufrimientos concretos de individuos concretos, quienes enfrentan determinados desafíos y dificultades, quienes poseen una historia de vida, proyectos y sueños no susceptibles de ser cuantificados ni medidos.

No es la fuga de los intervalos normales lo que indica el momento de inicio de una enfermedad, sino las dificultades que el organismo encuentra para dar respuestas a las exigencias impuestas en su entorno social. Es justamente la consideración de ese sufrimiento, de ese sentimiento de impotencia individual que se escapa a las medidas estadísticas. A partir del momento en que hablamos de la salud como un fenómeno "no contabilizado, no condicionado, no medido por aparatos", ella deja de ser un objeto exclusivo de "aquel que se dice o se piensa especialista en salud" (Canguilhem 1.990: 36).

1.2.5 Asumiendo el cuerpo como lugar de interpelación y agencia

La investigación consideró el cuerpo como un lugar de interpelación y agencia, como un sitio privilegiado para examinar diferentes procesos de subjetivación, donde los contrastes, las interferencias, las fracturas y las diferencias generan significados sobre y alrededor de los cuerpos. Se toma en consideración el planteamiento de Foucault (1975), en esa relación cuerpo-poder, donde se da una correspondencia intrínseca y fundamental, donde el cuerpo se halla en un campo político en el que establece relaciones (de poder) con otros cuerpos de las que no puede escapar. El cuerpo individual representa un micropoder en relación con otros micropoderes manifestados en diversos campos como el social, económico, político, religioso y por supuesto el cultural. Producto de estas relaciones, se construyen acuerdos, normas, contratos, convenios, formas de propiedad, planteando un "saber" del cuerpo que no es la ciencia de su funcionamiento (Foucault, 1975). El cuerpo no es un simple recipiente o un objeto del orden biológico. Los cuerpos o alguna de sus partes se encuentran en las complicadas intersecciones entre las ciencias, las tecnologías y la política (Pérez, 2014).

Teniendo en cuenta que culturalmente ningún cuerpo es igual a otro, el ejercicio planteó rastrear categorías para la construcción del cuerpo en el proceso de relación con las prácticas culturales. Portela (2018), describió la relación del cuerpo humano-cultura -pensamiento como incuestionable. Describe el cuerpo humano como el término de referencia obvio en la percepción del mundo como portador y engendrador de significados, un modelo de referencia espacial. Por esta razón, define el territorio como cuerpo cultural, donde se totalizan las instituciones producidas por

el hombre, a través del conocimiento y la producción de historia, recreados a través de los rituales que guardan simbólicamente la memoria cultural.

Se abandona la idea de lo que es un cuerpo y la definición de sus fronteras, quien se constituye como un cuerpo único, unitario y coherente para su conocimiento y su regulación. De forma diferente, se planteó aquí el cuerpo múltiple (Mol, 2002) donde los muchos cuerpos se producen, se performan, se transforman por diferentes prácticas, incluyendo las biomédicas y las de diferentes itinerarios terapéuticos que la cultura inscribe en el contexto local: los cuerpos que se armonizan, los cuerpos que se escanean, los cuerpos que consumen medicamentos, los cuerpos hospitalizados, los cuerpos que se expresan, los cuerpos corregidos (Ríos, 2016), entre otros. De manera que el cuerpo se hace por el enfermo y se ensambla con el exterior para ser hecho también por otros actores, objetos, tecnologías, palabras, tratamientos, materialidades, entre otros.

Se reafirma la postura de que el cuerpo humano es territorio, es sociedad, es historia, es cultura y es memoria alimentada y retroalimentada a través de los rituales de la cotidianidad, donde la experiencia cultural se inscribe en el organismo humano, fomentando su eficacia simbólica (Portela, 2018). La exteriorización del desequilibrio, la enfermedad y el malestar son manifestadas por una persona en una realidad corporal y experiencia sociocultural, se hace desde la representación y percepción de lo que es su cuerpo, incorporando una realidad objetiva y subjetiva, al mismo tiempo instaurada en la construcción cultural de un cuerpo humano. Un ejercicio etnográfico realizado por Calvo (1997), señaló cómo el control de la hipertensión es producido y, a su vez, produce cuerpos que experimentan el mundo a través de matrices diferenciadoras como la clase, el género, la etnia, describiendo que esos cuerpos y esas matrices de significado, no pueden separarse en su sentido real, material, simbólico y figurado.

1.3 Formulando preguntas para el rastreo

De acuerdo con los antecedentes para el rastreo y las posturas de diversas apuestas teóricas, esta investigación trata de responder a las preguntas enunciadas a continuación: ¿Cómo y dónde se construye el objeto presión arterial analizado desde diferentes prácticas que lo ponen en acción en campos de información¹⁸ de la cotidianidad?; ¿Qué tipo de entidad se está haciendo en la trama de relaciones por fuera de las prácticas biomédicas?; ¿Existen versiones diferentes del objeto presión

¹⁸ Como expresa Portela (2020), los campos de información permiten estudiar la relación entre los saberes y prácticas de la salud locales –“propias”- y el saber biomédico. Da cuenta de los saberes y percepciones de las personas que han vivido la experiencia de enfermedad en sus contextos culturales.

arterial a la establecida por la lógica biomédica? Dado que las prácticas donde se construye pueden ser diferentes, ¿la presión arterial en diferentes mundos u ontologías, adquiere formas múltiples?

Para responder a las preguntas, se definió como propósito del estudio, establecer cómo y dónde se construye el objeto “presión arterial” desde la representación cultural e identificar en qué lugares adquiere otras versiones, analizando diferentes prácticas que logran poner en acción a este objeto en diferentes campos de información de la cotidianidad, donde interaccionan personas, saberes y prácticas en Popayán Colombia. Como insumo para apoyar las respuestas a las indagaciones planteadas, se hizo necesario llevar a cabo procesos como develar en las prácticas los saberes que sustentan el cómo y dónde se construye el objeto presión arterial en diferentes campos de información de la cotidianidad e identificar lugares, donde el objeto presión arterial adquiere otras versiones y la manera en que estas se configuran en los diferentes campos de información donde se pone en acción.

El ejercicio de investigación se llevó a cabo en Popayán, una ciudad al sur occidente de Colombia; capital del departamento del Cauca; incrustada en el piedemonte de la cordillera central, en el Valle de Pubenza. Popayán fue fundada en el año de 1.537 por Sebastián de Belalcázar. Es una de las ciudades más antiguas de Colombia con 485 años de historia. Entre sus calles se conserva su estructura colonial, sus casas y edificaciones pintadas de blanco adornadas con faroles, le dan el apelativo de la Ciudad Blanca. Como describe Monsalve (2004: 18) “existen edificios coloniales, claustros en estilos coloniales, neoclásicos, barrocos y republicanos, los cuales son mojones, restos de sociedades pasadas que evidencian cambios sociales y culturales, momentos de ruptura vividos en nuestro territorio”.

La ciudad ha sido lugar de procedencia de personajes que han aportado a la construcción política, económica y social del país, así como hechos que definieron su historia. El modo de vida de sus habitantes y sus costumbres, incluyendo sus prácticas religiosas, tienen una marcada influencia española. La Semana Santa es uno de los eventos religiosos centrales que caracterizan a la ciudad en Latinoamérica. Esta tradición ha sido declarada en el año 2009 como patrimonio cultural de la nación. La UNESCO declaró las procesiones de semana santa como patrimonio inmaterial de la humanidad. La celebración se lleva a cabo desde el siglo XVI desde la época de la colonia ininterrumpidamente, excepto, en los últimos dos años, a causa de la contingencia generada por el coronavirus. La celebración continua de esta tradición, denota la influencia de la iglesia y su dinámica mesiánica en la población.

Popayán se encuentra a 702 kilómetros de Bogotá, capital de Colombia. Cuenta con 318.159 habitantes (DANE, 2021), el 86% de la población vive en la cabecera municipal y el 14% en 23 corregimientos y veredas en escenarios rurales. La población se concentra en el grupo de edad de 15 a 35 años, tal vez por la vocación al conocimiento de este grupo poblacional, pues Popayán es una de las principales ciudades universitarias de Colombia. El municipio está constituido por nueve comunas en el área urbana, conformadas por cerca de 285 barrios.

Desde el punto de vista de la morbilidad y la mortalidad epidemiológicamente hablando, Popayán es una de las ciudades colombianas con mayor índice de complicaciones renales generadas por complicaciones de las enfermedades no transmisibles, esto es, las de tipo cardiovascular. Tal situación ha derivado en una alta carga de enfermedad, discapacidad y muerte, que aporta a un aumento considerable de los costos sociales, familiares, individuales y del sistema de salud (cuenta de alto costo, Colombia, 2021). Esta realidad vista desde la mirada biomédica y la salud pública, plantea retos en el fortalecimiento de las acciones institucionales de los actores en salud, quienes se centran en la captación continua de personas susceptibles de presentar la enfermedad para ser insertadas en procesos asistencialistas y fomentar el consumo de actividades y procedimientos bajo el precepto de la prevención de complicaciones y aumento de costos del sistema. La centralidad de las intervenciones biomédicas se fortalece en la medida en que son captadas más personas con cifras tensionales alteradas, en ese sentido, los actores de salud actualizan sus repertorios de búsqueda sistemática de susceptibles, para lograr cumplir con los compromisos de captación temprana de enfermos y cumplimiento de acuerdos contractuales. Esta dinámica no solo alude o afecta al contexto del sistema de salud, sino que su relacionamiento permea de manera contundente a la familia, la comunidad, los cuidadores de salud y al sujeto en su entorno individual. Por esta razón, hacer inmersión en los territorios de la ciudad de Popayán más allá de las instituciones hospitalarias, se asume como una oportunidad para acentuar la mirada sobre las prácticas y actores que hacen presión arterial alta de manera excorporada.

1.4 Acercamientos a las tácticas para el rastreo

El método, entonces, inevitablemente produce no solo verdades y no verdades, realidades y no realidades, presencias y ausencias, sino también arreglos con implicaciones políticas (Law 2004: 240).

La estrategia elegida para abordar esta propuesta estuvo relacionada con los estudios sociales de la ciencia y la tecnología que por más de 30 años han concurrido con los avances de la antropología, junto con la antropología médica, las cuales han privilegiado formas diferenciales de pensar y actuar en múltiples mundos técnico-científicos, remodelando los cánones de la epistemología y la historia de las ciencias tradicionales, dando cuenta de las dimensiones socioculturales y espacio-temporales específicas, donde el abordaje etnográfico ha diversificado las prácticas y las diferentes experiencias desde lo científico. Apelo a lo que Latour llama “componer mundos”, donde realizar un ejercicio de investigación “es siempre un acto político en el sentido que en el proceso de la investigación se recoge o compone aquello de lo que el mundo está formado” (Latour 2005: 256), así, se reconoce que los efectos de la investigación tienen un impacto social, político y económico (Fals Borda, 1978).

Los estudios Sociales de la Ciencia y la Tecnología (CTS) examinan las formas en las que no solo se “hacen” las ciencias, sino también, cuáles son sus objetos, sus preocupaciones, sus contradicciones, sus pasiones, y cómo todas ellas se organizan y se ordenan en lógicas (Latour, 1988; Haraway, 1989). Sus postulados han logrado interpelar aspectos de la ciencia que han sido asumidos como hechos preestablecidos, cuestionando la indisputabilidad de aquellas cosas percibidas como unidad y realidad (Latour, 2005).

Asumí a la etnografía como proceso para circunscribirse en los campos de información, en el ejercicio de rastreo de la presión arterial e intentar acercarme a la interpretación de categorías del objeto de estudio, a través de la participación subjetiva con las personas que me acompañaron en la dinamización de esta investigación; de la misma manera, al hacer inmersión en el campo, posibilitar la observación de mi propia vida como etnógrafo y encontrar un espacio para la escritura. La pretensión de la etnografía en esta tesis, no solo alude a la contribución de ampliar o considerar elementos críticos en relación con la salud y la enfermedad, sino que plantean un desafío a las metodologías tradicionales de la antropología clásica (Habermas, 1989) apartándose de la búsqueda de patrones causales para transitar en la descripción de tejidos de significados e interpretaciones y tratar de develar aquellas estructuras de significación con las cuales las personas actúan en los contextos (Geertz, 1987), mediante una descripción de los fenómenos, los cuales son un retrato de

los hechos a partir de las estructuras de significación que los explican y logran hacer una interpretación de las dinámicas culturales, sin olvidar que el investigador (con sus propias concepciones y prejuicios) estará siempre presente en la lectura e interpretación que se haga de los fenómenos observados. Las descripciones realizadas en el presente ejercicio de investigación, hacen referencia a una “descripción densa” de los ensamblajes, prácticas, interconexiones, objetos, entidades, actantes y discursos que construyen, piensan y entienden la presión arterial.

Vale la pena mencionar que mi lugar de enunciación en esta investigación, no estuvo dado solamente desde ser el etnógrafo (donde se establecen diferentes interconexiones en relación con el otro investigado), me posicioné, además, como participante activo (implicación personal y política) dentro de las diversas experiencias en los campos de información, conectándose estos dos roles, a través de un proceso dialéctico (Correa, 2009). El proceso de “objetivación del otro” y su tránsito hacia “sujeto de estudio”, nos define como investigadores, estableciendo de alguna manera formas jerarquizadas en el proceso de relacionamiento entre las personas. Puede ser que esta “jerarquía” termine por condicionar las relaciones y los resultados del proceso de investigación, sin embargo, para limitar tal efecto, la manera en que me aproximé desde el encuentro intersubjetivo (etnográfico), fue encarándolo como un proceso vivo, donde se acompañan y vivencian fragmentos del proceso social en la cotidianidad, a través de la construcción de relaciones personales de confianza (Quirós, 2015) de persona a persona, para circunscribirse en la experiencia nativa, en la experiencia de vida, pues estar allí suponía ser atravesado por lo que en los campos de información estaba ocurriendo, en ese sentido, me permitía dejarme afectar por lo que sucedía (Zapata, 2013).

Por otra parte, mi cuerpo también se encontraba involucrado en el ejercicio etnográfico, afectado por las situaciones que ocurrían en los campos de información (Cefai, 2013). Mi cuerpo era el artífice de emociones que denotaban tristeza, alegría, enojo, miedo, angustia, desesperanza, temor, en los momentos donde observaba, escuchaba, analizaba y reflexionaba sobre las dinámicas de construcción de la presión arterial. Ahora bien, esta situación no la considero como el involucramiento de un sesgo, sino más bien, como una forma de conocer las experiencias antes de incorporar cualquier lógica de representación.

1.3.1 De las tácticas para rastrear materialidades y prácticas

En esta experiencia reflexioné el “método” de un modo diferente, quiero decir, más amplio, flexible; enfocándose en los procesos; dejando un poco el interés en los productos de la ciencia, irrumpiendo con categorías desde la política y formas semiótico–materiales tomando diferentes contextos espaciales en diferentes prácticas. Se trató de “mapear” el fenómeno para identificar y describir

diferentes situaciones y localizaciones del proceso de construcción de la presión arterial rastreando prácticas, ensamblajes¹⁹ y transformaciones en un conjunto de relaciones que, como resultado, va cambiando. Esto supone hacer notar determinadas cuestiones que por algunas formaciones epistémico–culturales son escondidas para generar determinadas “presencias” (Law, 2004).

No se tomaron en cuenta ideas preconcebidas de la presión arterial en general, sino más bien, se asumió como una entidad que desborda al cuerpo como organismo biológico, donde convergen entidades de corte material, técnicas y tecnológicas, espirituales, materiales, emocionales y semióticas para lograr su construcción. En ese sentido, en lugar de buscar descripciones tendientes a la generalización, exploré prácticas al detalle, tomando en cuenta a Law (2004) donde plantea que *“los objetos no existen por sí mismos, sino que se van haciendo, ensamblando, montando, en sus territorios interiores”* (Law 2004: 18). En ese sentido, me centré en las relaciones para describir prácticas y de este modo, indagar las cosas a la luz de sus relaciones con otras cosas y atender los discursos de los actores a fin de hacer visibles las relaciones de los sujetos, los saberes, las prácticas, técnicas, artefactos, tratamientos, e inclusive los miedos, sin una selección previa de conceptos, dejando de lado definiciones técnicas de enfermedad.

Entiendo a la presión arterial como una entidad sin existencia previa, postulando que hay múltiples prácticas y relaciones que la hacen emerger y, al irse configurando o haciéndose, va adquiriendo existencia tanto en la vida de las personas, así como en los escenarios y su cotidianidad; en sus cuerpos, en sus familias, en la comunidad, en los hospitales y en el sistema sanitario. Adicionalmente, observé a la presión arterial fuera de la dicotomía natural-social, pues ambas ontologías se encuentran íntimamente conectadas y no tienen existencia por sí solas, además que, son producto de las imbricaciones constituidas por materialidades de diferentes tipos: personas, historias clínicas, sistemas de información, fórmulas médicas, profesionales, técnicos, laboratorios, exámenes, fonendoscopios, tensiómetros, hospitales, entre otros, los cuales operan como entidades socio-naturales (Callon y Latour, 1990).

¹⁹ Un ensamblaje es el proceso de “agrupación, de montaje, o mejor, de recursivo auto-montaje en la que los elementos puestos en conjunto no tienen forma fija y no pertenecen a una lista predeterminada, pero que están contruidos al menos en parte en la medida en que están enredados en conjunto” (Law 2004: 86). Latour (2005) plantea que ensamblar hace referencia a cómo lo social es producido por medio de asociaciones entre entidades humanas y no humanas.

1.3.2 Develando en las prácticas los saberes que sustentan el dónde y cómo se construye el objeto “presión arterial”

La temporalidad de esta investigación inició a mediados del año 2019, incluyendo la inmersión en los campos de información entre diciembre de 2019 y agosto de 2021. En este tiempo se suscitaron varias re-elaboraciones para lograr describir lo que sucedía en clave antropológica y alcanzar a organizar y dar sentido a la gran cantidad de información emergente de la inmersión etnográfica, a fin de comprender las dinámicas culturales de lo que iba siendo testigo. Durante el proceso reflexivo, descriptivo y analítico del material logrado, se fueron abriendo posibilidades de otros vínculos y conexiones con objetos y entidades. A partir de esta dinámica se fue diversificando la mirada con la que concebía a la presión arterial.

Para la descripción de los saberes y las prácticas, los participantes fueron considerados como *sujetos sociales activos*²⁰ que adelantaron procesos de comunicación como narradores, no sólo como informantes. Así mismo, se resaltó la intención del etnógrafo de volver a situar los pensamientos de sus consultantes como formas paralelas de análisis, en lugar de considerarlos simplemente como datos etnográficos, pues, en el espacio del campo, se despliega un proceso de interpretación colectiva (Rappaport, 2007; Vasco, 2002).

Se rastrearon asociaciones entre personas, saberes y prácticas en el proceso de construcción del objeto presión arterial. A través de la conversación y el diálogo desde la propia descripción de los sujetos con “presión arterial alta”. Indagué sobre situaciones que los podían afligir; conceptos de “salud” propios; señales o indicadores que avisaban de un problema; lógicas internas con las que construían sistemas de ordenamiento de su saber; el conocimiento previo de códigos de salud; percepción sobre los “diagnósticos”, tratamientos y cuidados que ofrecen los cuidadores de salud de los diferentes saberes y prácticas curativas; cómo tratan sus dolencias; a quién acudían para resolverlas; qué áreas del cuerpo consideraban se afectan; poderes movilizados en la dinámica del tratamiento; decisiones que afectan la escogencia del tratamiento y su eficacia; itinerarios terapéuticos y el pronóstico de su salud. Cabe mencionar que el abordaje tomó en cuenta la sintomatología, con un profundo análisis desde la representación cultural. La edad de los sujetos estuvo entre 35 y 85 años, donde se relacionan con frecuencia discursos sobre la presión arterial.

²⁰ Sujetos sociales activos: persona en cuyo interior habita parte de la sociedad y construye su mundo a partir de los materiales que la sociedad le brinda, más que de la estructura social misma (Moscovici, 1985).

Inicialmente, describí las prácticas que componen el escenario cotidiano de una persona que ha caminado por más de diez años el sistema de salud y ha sido catalogado o “diagnosticado” como un “paciente con presión arterial alta”. En la medida en que se desarrolló de manera individual el tránsito por el sistema de salud, sus relaciones con la familia y su contexto, incorporé situaciones de personas que habitan en diferentes barrios de la ciudad de Popayán, insertando procesos etnográficos que no tienen un fin de contrastar o comparar los campos de información, sino de revisar las prácticas en escenarios diversos para identificar dinámicas desde lo local. De otra parte, mientras se realizaban las descripciones en los escenarios, incorporé la vinculación de los cuidadores de la salud en esas dinámicas, me refiero al talento humano que se dispone en hospitales de primer nivel, segundo nivel y tercer nivel, a quienes se les ha encomendado la tarea de realizar las atenciones desde la biomedicina, de acuerdo con los protocolos establecidos.

En el curso de la descripción incorporé situaciones de mayor complejidad donde personas y sus familiares se han enfrentado a situaciones adversas a causa de eventos atribuidos a complicaciones de la presión arterial alta, algunos con desenlaces fatales. Mientras desarrollaba etnográficamente estas categorías a partir de la descripción inicial, analizaba la ontología múltiple de la presión arterial a fin de mostrar que las prácticas asistenciales, de cuidado, estatales, privadas y comunitarias que la intervienen, producen realidades distintas, las cuales interactúan entre sí y coexisten para ir señalando cuáles fueron las mediaciones existentes entre estas realidades. De modo similar, me detuve a analizar cómo las interacciones de esa diversidad de prácticas, no solo hacen una ontología múltiple de la presión arterial, sino que coproduce las prácticas hospitalarias del sistema de salud, al entorno familiar, al Estado y a lo comunitario, comprendiendo que estas categorías están compuestas de redes de relaciones, las cuales adquieren unas formaciones más o menos sólidas, pero no son abstracciones ni categorías singulares. Finalmente, mostré sobre la base de las descripciones, la existencia de realidades distintas pero coexistentes, configurándose en los mismos contextos que llevan a la generación de divergencias entre el personal experto y los “pacientes”.

La interlocución en la construcción del objeto presión arterial se abordó con diferentes cuidadores de salud: seis médicos generales y especialistas, siete enfermeros y auxiliares en salud y 28 personas consideradas con la presión arterial alta por parte de la biomedicina, para dialogar sobre las prácticas acerca de concepciones sobre el cuerpo, códigos y conceptos de salud, áreas afectadas en el cuerpo, intensidad de los daños que sufren los sujetos, formas y experiencias de los tratamientos, percepciones, apoyos y momentos en que deciden solicitar ayuda y el seguimiento a las prácticas de la cotidianidad.

En el proceso de recopilación de los materiales para construir la investigación, adopté principalmente tres herramientas utilizadas desde la etnografía, esta última tomada como una manera de conceptualizar a partir de la actividad empírica alrededor de la presión arterial para generar un conocimiento situado (Haraway, 1995). Este encuentro intersubjetivo, se apoyó con entrevistas a profundidad, diario de campo, observación participante y grabaciones, enmarañadas en una praxiografía, es decir, en un registro de las prácticas de conocimiento que permite investigar las vidas inciertas y complejas de la presión arterial en un mundo donde no hay clausura, donde se rastrea la promulgación continua de objetos, la multiplicidad de los mismos y las formas en que interactúan entre sí. La elección de estas maneras de recopilar materiales, fue surgiendo en la medida que se realizaba la investigación y era abordado el objeto de estudio, además del propio proceso que se iba dando en términos de la evolución, el aprendizaje personal y profesional en el caminar de los campos de información.

Al inicio del proceso investigativo, dediqué días de trabajo como observador atento. En la medida en que hacía una inmersión más profunda en los campos de información, se dio un tránsito para ser parte activa de aquello que observaba, abordando escenarios más íntimos con las personas, sus familias y la comunidad y escuchar las historias creadas detrás de lo que observaba. Desde esta posición, fui tomando decisiones para realizar entrevistas a personas consideradas fundamentales en el proceso y quienes me podrían aportar información relevante. A medida que iba caminando, observando, entrevistando, reflexionando, se fueron abriendo otros encuentros y situaciones que valía la pena ponerlos en consideración en el proceso de análisis, los cuales terminaron aportando una valiosa información.

El diario de campo permitió ir plasmando mis impresiones y análisis sobre las situaciones vividas diariamente. Me llevaba, asimismo, a un constante ejercicio de reflexión sobre el proceso de investigación, en él realizaba anotaciones sobre los campos de información, posteriormente los revisaba re leyéndolos y me permitía complementarlos con situaciones consideradas relevantes. El diario de campo se componía de dos partes (Grossi, 1992), en la primera, describía lo que observaba. En la segunda, registraba mis propias impresiones y sensaciones en relación con lo que estaba observando, es decir, fui incorporando parte de mi subjetividad para que en las composiciones de los análisis también tuvieran un lugar, pues es fundamental documentar las actividades y circunstancias propias que surgen del proceso emocional, ya que son aspectos que intervienen en el proceso de observar y registrar. Esta experiencia me llevó a reflexionar sobre lo ocurrido en los campos de información y lograr convertirse en materiales para la construcción del texto.

La observación participante fue la herramienta que me permitió lograr una relevante información, pues con esta me aproximé a las diferentes realidades en los campos de información, situación que me llevó a prestar mayor atención al punto de vista de los actores. Las observaciones realizadas se recogieron a través de descripciones, en cada campo de información, recopilé una gran variedad de materiales, entre ellos descripciones literales, relatos, impresiones personales, así como reflexiones construidas en los escenarios donde me encontraba. Narrativas, puntos de vista y descripción de experiencias en escenarios como hospitales, empresas promotoras de salud (EPS), hogares y en la comunidad, me ayudaron a configurar los materiales incluidos en los análisis en un proceso continuo de clarificación de aspectos concretos de mi experiencia como observador.

La entrevista a profundidad me permitió acercarme a las historias de vida de personas que transitan la cotidianidad y se han considerado con alteraciones de la presión arterial. Su ubicación se dio en el escenario del Hospital Nivel Uno donde eran atendidas por su padecimiento. Las entrevistas se realizaron en varias sesiones, no solamente en el escenario del sistema de salud, sino, en sus hogares y en espacios comunitarios, esto permitió crear un vínculo de confianza. La entrevista me llevó a conocer el balance personal y las valoraciones que cada persona hacía en relación con la propia experiencia de su padecimiento, donde precisamente la idea era vincular ese sentir al proceso de observación para afinar detalles en lo que correspondía a la observación de las prácticas.

En esta investigación los relatos de las personas que padecen formas alteradas de la presión arterial adquieren un protagonismo especial, con ellas se realizan las conexiones teórico prácticas descritas. Se considera la relevancia del Otro: el que ha sido diagnosticado, el tratado, el intervenido, el postergado, el excluido, es decir, el ser experto desde la propia experiencia. Los relatos de las personas fueron considerados como

"Una forma mediante la que la experiencia es representada y relatada, donde los acontecimientos son presentados con un orden significativo y coherente, en la que las actividades y acontecimientos son descritos junto a experiencias asociadas a ellas y la significación que les aporta sentido para las personas afectadas" (Good 1994: 132).

Tanto los relatos de los cuidadores de salud como las personas con las cuales tuve acercamientos en el desarrollo de la investigación, fueron considerados como procesos de construcción colectiva, es decir, desde un relato heteroglósico donde el lenguaje se interconecta, alterna, diferentes formas de habla en el mismo lenguaje, maneras que permiten explorar mundos locales de las personas (Kleinman, 2000). Con el campo de relatos logrado, a través de la

conversación y el diálogo, se realizó una recuperación conceptual de los saberes y prácticas desde la propia actividad de los sujetos.

Como campos de información para establecer la construcción de la presión arterial, se tomaron en cuenta diferentes lugares de la cotidianidad mencionados a continuación:

a. Un centro de salud: Correspondió a un hospital de “baja complejidad” denominado Empresa Social del Estado Popayán ESE, donde enfermeros, auxiliares de enfermería y médicos identificaban sujetos con presión alta. Allí se examinan; realizan exámenes de laboratorio; se calcula el peso; se interroga sobre los hábitos y estilos de vida; se suministra medicamentos y se toma la presión arterial. Asimismo, se informa sobre alimentación, ejercicio físico y no consumo de tabaco y alcohol. En este escenario, hay “grupos de pacientes con presión alta” que se encuentran regularmente para compartir historias de vida en relación con su condición “crónica” (Castellanos, 2014). Aquí se realizó el seguimiento a los dispositivos (Lange, 2016) y las máquinas requeridas de forma inmanente para *hacer* presión arterial en el tipo de prácticas de la medicina contemporánea.

b. Una casa de habitación en Popayán “la casa grande”: mi padre ha sido tratado de la presión alta desde la biomedicina por más de 10 años, en ese caminar, le correspondió ajustar varias dinámicas de su cotidianidad, algunas a regañadientes y otras de manera menos resistente. Entre estas restricciones, siempre surgió la pregunta ¿por qué debía tomar droga para toda la vida?; ¿acaso la presión alta no tenía cura? Esa duda y otras restricciones, como la disminución en el consumo de grasas, no consumir alcohol, tomar los medicamentos, e ir al control, no tuvieron una respuesta desde el contexto biomédico. De esas incomodidades surge el interés por explorar este campo de información, una casa de habitación en Popayán donde se ajustan cosas para controlar la “presión”. En este escenario, se planteó provocar relatos y rastrear los afectos, las afectaciones, las perspectivas de “curación”, el acogimiento de la familia, entre otras. De la misma forma, se realizó inmersión en los hogares de personas que accedieron a formar parte de la investigación y que amablemente permitieron el ingreso a la intimidad del escenario donde viven su cotidianidad.

c. Una unidad de cuidado intensivo (UCI): en este campo de información, los sujetos y sus familias se enfrentan a serias dificultades que se pudieron originar por una “subida de presión arterial” o por niveles altos de manera sostenida. Accidentes cerebrovasculares, anginas, infartos, son eventos que rondan estos espacios de cuidado donde el significado de la presión puede tomar otras formas. Aquí los médicos especialistas, un equipo de salud “experto” y equipos de alta tecnología, brindan cuidados bajo normalizaciones biomédicas establecidas. El sitio seleccionado para dialogar, es la UCI del Hospital Susana López de Valencia de Popayán.

d. *Escenarios comunitarios*: La conversación con los líderes de la comunidad y las familias de las personas con presión arterial alta, sugirieron maneras interesantes en la forma en que se construye la presión arterial en este campo de información. El apoyo al logro del proceso de atención, el acompañamiento para lidiar con el padecimiento y la lucha por el derecho a la salud, fueron temas de interés que aportó este escenario.

e. *Instituciones del sistema sanitario*. Incluyó la inmersión en Empresas Promotoras de Salud (EPS) y secretarías de salud, escenarios donde las personas gestionan las órdenes médicas que les proveen los hospitales para lograr controlar el padecimiento y donde se llevan a cabo procesos administrativos y burocráticos a fin de movilizar el sistema.

En cada uno de los campos de información, se analizaron las prácticas, así como dónde estas figuran para explorar aquellos arreglos materiales y semióticos que las hacen posible. Partí de la importancia de considerar que los objetos, sujetos, y subjetividades, se hacen los unos a los otros (Law y Mol, 2008) y los objetos se encuentran enredados en una materialidad relacional, o en una ontología relacional (Law, 1999), donde los materiales no son dados de manera anticipada, predefinidos, sino son “infinitamente generados y por lo menos potencialmente reformados” (Law 2004: 43). Como elemento para llevar a cabo el análisis específico de las prácticas, se incorporó el enfoque de la praxiografía.

1.5 Siguiendo las prácticas desde la praxiografía

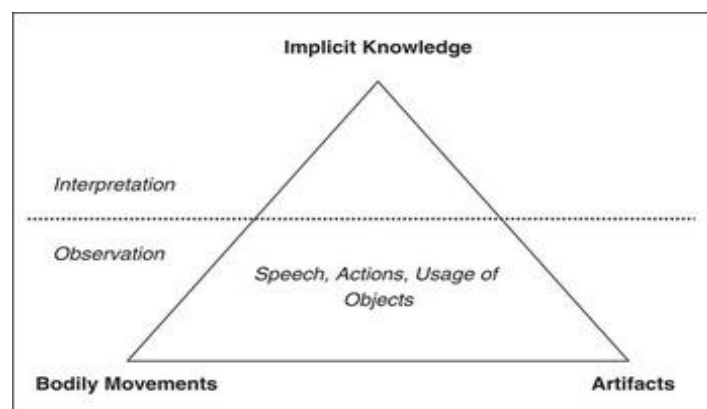
El procedimiento para analizar las prácticas, los objetos, las materialidades que emergen de la inmersión etnográfica en los campos de información, se derivan de la propuesta de Annemarie Mol (2002) asumida en el estudio de la arterioesclerosis en un hospital holandés. Mol define una manera de hacer investigación basada en el seguimiento a las prácticas: la praxiografía. La praxiografía es un enfoque de investigación cualitativo e interpretativo basado en un proceso de observación y registro de las prácticas, las cuales se componen de tres elementos: el conocimiento implícito, el movimiento de los cuerpos y el manejo de artefactos en situaciones diversas. La praxiografía corresponde a un ejercicio de interpretación de las observaciones a través de órdenes implícitos de conocimiento que denotan las prácticas para reconstruir significados (Bueger, 2014). La praxiografía se nutre de diferentes concepciones metodológicas provenientes de la etnometodología, la etnografía, la teoría de la actividad, la teoría del actor red y el pragmatismo. Es más que un aparato conceptual o un programa filosófico o teórico, se trata de un enfoque investigativo que requiere una estrategia de búsqueda y hallazgos diferente, una manera de reconstrucción, de tratar con material empírico

(Reckwitz, 2008). El conocimiento y la práctica se vinculan íntimamente, de manera que hacer una praxiografía requiere de un “aprender haciendo”.

En el proceso de la reconstrucción del significado, los tres elementos que componen la praxiografía tienen diferentes niveles de abordaje, por una parte, los movimientos corporales y los artefactos, son accesibles y observables de manera directa sin tener que acudir a la vinculación de procedimientos de interpretación complejos, pues están disponibles cuando se hace inmersión en el campo objeto de estudio. Es a través de la observación, la escucha y el registro de prácticas que se logra acceder a los materiales. Ahora bien, al investigador también le interesa en la praxiografía explorar lo que no está fácilmente accesible: el conocimiento de fondo implícito. Reconstruir este conocimiento requiere de procesos de interpretación.

En la gráfica No. 1 se aprecia el modo de operar de la praxiografía en dos niveles: un nivel de observación y un nivel de interpretación.

Gráfica 1. Niveles de operación de la praxiografía.



Fuente: Tomado de Bueger, C. 2014. Pathways to practice: Praxiography and international politics.

Para comprender los niveles de operación de la praxiografía, se debe tomar en cuenta el concepto de prácticas asumido en este enfoque. Las prácticas se conciben como movimientos corporales regulados y significativos los cuales dependen de un conocimiento implícito. La mayoría de las prácticas se llevan a cabo con artefactos (tomar medicamentos requiere fármacos y líquidos) de manera que las prácticas corresponden a patrones de comportamiento rutinarios las cuales utilizan artefactos (Bueger, 2014). Las maneras en que se hacen las prácticas están inscritas en los artefactos, por esta razón, se considera que estos son portadores de prácticas y en ese sentido, se encuentra ancladas materialmente en los cuerpos y en los artefactos, así las cosas, tanto los cuerpos como los artefactos dan materialidad a la práctica. Dicho lo anterior, las prácticas son combinaciones

de formas de actividades corporales y mentales; artefactos u objetos o cosas y sus usos; un conocimiento de fondo, implícito, que organiza la práctica y le da significado.

La forma en que se reconstruye el conocimiento previo, es decir, lograr la interpretación, tiene sus consideraciones. El significado implícito, como se mencionó párrafos atrás, no es inmediatamente accesible, de manera que requiere ser accedido indirectamente. Para reconstruir el conocimiento implícito se necesita considerar significados articulados, acciones y el manejo de objetos y artefactos, es decir, encontrar e identificar datos que permitan obtener conclusiones sobre las estructuras implícitas de significados y esto se logra mediante la identificación de relatos, prácticas de representación, discursos, metáforas y códigos culturales. De esta manera, la praxiografía se encuentra en una estrecha relación con el análisis de los discursos (Reckwitz, 2008) a través del cual se recopilan observaciones de primera mano desde el lenguaje en los escenarios donde se llevan a cabo las prácticas y se dan los dichos y los hechos. Si algo quedó inconcluso al recopilar las observaciones, la praxiografía plantea complementar la información a través del acceso a documentos (guías, protocolos, fórmulas, historias clínicas, e mail, órdenes de exámenes, entre otros) considerándolos como una práctica material corporal que contienen información complementaria (Reckwitz, 2008).

En la praxiografía se plantea convertir el conocimiento implícito en explícito, a través del proceso de interpretación, intentando identificar los momentos en los que los participantes de una práctica articulan significados implícitos por sí mismos. A ese proceso de interpretación se le ha denominado la estrategia de mirar hacia abajo (Kwa, 2002; Law, 2010). Mirar hacia abajo significa aprehender de lo local y lo no coherente, es decir, se aparta de buscar los principios abstractos y una escala natural de lo micro y lo macro para centrarse en niveles como resultado de lo local, así las cosas, tanto los conceptos como el lenguaje son tratados como parte de lo social, quienes se encuentran incrustados en el contexto, en el tiempo y en el espacio (Bueger, 2014). En el proceso de interpretación no se busca la coherencia, sino sentir la materialidad mundana de la vida y la cotidianidad para llegar a sentir los contextos locales.

En la praxiografía hay un enfoque especial en los sitios (Schatzki, 2002), o los campos de información (“ontología del sitio”), es decir, un lugar determinado compuesto por un conjunto denso de prácticas y arreglos materiales que puede ser una organización, un sitio geográfico, una unidad administrativa, entre otras. En ese sentido, se requiere, por una parte, precisar el sitio donde se van a estudiar las prácticas a través de la identificación del espacio donde se construyen las estructuras relacionadas con el objeto de estudio; por otra parte, realizar el seguimiento de las prácticas a fin de

identificar cómo se ordenan y se conectan los diferentes elementos, objetos y artefactos con los sitios; y por último reconstruir las maneras en que se ordenan, establecen y estabilizan las prácticas para dar forma a las entidades.

La praxiografía sigue objetos, pero también artefactos del lenguaje tales como conceptos o metáforas quienes hacen alusión a contenedores esenciales de las prácticas. El lenguaje, así como los conceptos, hacen parte de las prácticas y su uso permite diferentes formas de acción. En los artefactos están inscritas las maneras en que se hacen y manejan las cosas, a este respecto, la investigación puede iniciar realizando un estudio detallado de los artefactos observando cómo se utilizan, e interpretando qué tipo de prácticas están inscritas en él. Este enfoque se le ha denominado la etnografía del objeto, pues sigue a un objeto a través de los escenarios donde se desenvuelve. Esto requiere reconstruir las acciones del objeto para mirarlo hacia atrás en el tiempo, observando los sitios donde se construyó, a través de un proceso de conversación con los actores involucrados que se relacionaron con él. También se requiere, seguir el objeto hacia adelante en el tiempo y rastrear cómo se comporta en los diferentes escenarios y cómo logra mantenerse como portador de la práctica (Bueger, 2014).

Previamente se había mencionado que los documentos hacían alusión a artefactos que complementan la construcción de los objetos o entidades. Estos documentos pueden ser físicos (órdenes médicas, historias clínicas, autorizaciones, reporte de exámenes de laboratorio o ayudas diagnósticas, protocolos y guías de atención, entre otros); o pueden ser electrónicos (e-mail, archivos pdf, documentos de word). Corresponden a artefactos que se envían, transitan por múltiples escenarios, para llegar a determinados sitios. El sistema sanitario depende en gran medida de la circulación de estos documentos para alcanzar sus propósitos misionales y las instituciones se conectan mediante estos artefactos, además de ser un material preponderante en la formulación de las políticas sanitarias (Freeman y Maybin, 2011), en ese sentido, hacen alusión a una materialidad fundamental del cual está hecho el campo de práctica con los cuales las personas se relacionan entre sí y organizan sus actividades.

Las estrategias que utiliza la praxiografía en la recolección de información, aluden principalmente a tres maneras de interpretar y reconstruir el conocimiento previo. Estos son la observación participante, las entrevistas y el análisis documental (Reckwitz, 2008). La observación participante es el principal método, pues permite el acceso directo a las dinámicas y acciones corporales que construyen la práctica. La manera de recopilar información se da a través de la observación para registrar prácticas que no implican el lenguaje, captando la regularidad y el orden de los movimientos corporales. La participación permite aprender los conocimientos implícitos que

sustentan una práctica. El uso de grabaciones, diarios de campo, dibujos, pueden apoyar la explicación de los significados explícitos.

Las entrevistas sobre las prácticas, permiten desentrañar estructuras implícitas de significados resaltando la relación entre el entrevistado y las prácticas de interés, teniendo en cuenta la tipología de información requerida y las prácticas que se quieren comprender. La entrevista busca en la praxiografía, explicar el conocimiento previo, así las cosas, se opta por realizar las entrevistas con personas que están o han estado participando de las prácticas todos los días o, personas que han pasado una cantidad de tiempo considerable observando la práctica. Estos se consideran expertos en la práctica. A las personas con estas características, se les indaga sobre los detalles de una práctica para reconstruir las acciones cotidianas; cómo las personas llevan a cabo actividades que forman parte de la práctica y complementamos con la recepción de información relacionada con conocimientos, motivaciones y emociones con las que se realizan tales prácticas. En este ejercicio, las personas explican su conocimiento implícito y tanto el investigador como el entrevistado construyen juntos el significado, es decir, co-construyen una interpretación de las prácticas. En la entrevista se logra descripciones detalladas de primera mano de las actividades, declaraciones o manejo de las cosas; significados, explicaciones e interpretaciones (genera un momento de crisis porque el entrevistado es “forzado” a explicar lo que normalmente está oculto); interpretaciones de segunda mano del conocimiento implícito que se basan en las observaciones del entrevistado.

El análisis de documentos se relaciona con la identificación de referencias sobre prácticas y conocimientos implícitos, los documentos son mucho más que textos y dan pistas clave sobre las prácticas. Las guías y protocolos de atención de la presión arterial son un elemento preponderante, pues allí se dan las orientaciones de cómo llevar a cabo la atención de las personas. De la misma manera, las fórmulas médicas, los resultados de los exámenes, facturas, autorizaciones, entre otras, son documentos que apoyan la comprensión sobre qué tipo de prácticas se están llevando a cabo y aportan pistas clave para la interpretación de los conocimientos previos.

La información que emergió de las diferentes entrevistas, diarios de campo, encuentros con los sujetos, se registraron con toda su fidelidad, bloqueando reinterpretaciones. Se complementaron con comentarios y explicaciones en matrices de análisis de interpretaciones para luego comparar los diversos discursos explicativos de los diferentes actores. De esta manera lograr evidenciar cómo estas explicaciones son puestas en juego en situaciones concretas de problemas relacionados con la enfermedad. Las transcripciones y las descripciones del ejercicio de observación se consideraron como un producto intermedio y no el producto final sobre el que se realizaron los análisis.

Una vez se contó con el análisis de categorías y de las prácticas en los campos de información, generados por las observaciones, así como por las entrevistas donde surgieron propuestas de versiones de la presión arterial, fueron puestas a disposición de los participantes de la investigación en un segundo momento, para realizar su validación o fueran refutadas, de acuerdo con su propia experiencia y la manera de percibir su padecimiento. En la medida en que se dio este ejercicio, se logró ajustar interpretaciones propias realizadas del fenómeno estudiado que al final resultaron en insumos clarificadores del ejercicio de escritura final. El ajuste de las interpretaciones no se considera como barrera en el análisis de los materiales, sino como elementos que posibilitaron la ampliación de diálogos, reflexiones y la posibilidad de identificar otras dinámicas del proceso de construcción de la presión arterial. La información recolectada se gestionó a través del procesador de categorías Atlas.Ti versión 8.1; se codificaron categorías de acuerdo con un manual de códigos. Se realizó un análisis temático y una matriz a fin de facilitar la comparación transversal de los datos que facilitara la disposición de la información para su posterior análisis e interpretación.

Capítulo 2. Presión arterial: ¿una cotidianidad encarnada?

2.1 Escenarios incómodos

Caminar el sistema de salud a través de los diferentes actores a los que se les ha encomendado proteger la vida de las personas desde la prestación y la gestión de los servicios de salud, conlleva a asumir lineamientos desde la política pública con una fuerte perspectiva positivista. En el ejercicio profesional que decidí asumir como profesional de la salud, me fui insertando en diferentes escenarios con el interés de conocer las dinámicas individuales de diferentes instituciones sanitarias. Inicié en los hospitales de baja complejidad; posteriormente en una empresa promotora de salud (EPS); asumí la secretaría de salud en una alcaldía municipal; me inserté en el Ministerio de salud; la Organización Panamericana de la Salud; la Secretaría de Salud del departamento del Cauca y, en organizaciones no gubernamentales. Habitar en estos escenarios me permitió identificar las diversas maneras como se asumía la gestión sanitaria.

En los hospitales nivel 1 o de baja complejidad permanecí varios años. Mi interés por construir estrategias y alternativas para promocionar la salud y prevenir la enfermedad, me llevaron a recorrer diferentes hospitales en el Cauca. En este escenario, los retos para mejorar el acceso a los servicios de salud traerían en la cotidianidad complejas limitaciones. A pesar de los esfuerzos de lograr atender a toda la población, las restricciones económicas, al igual que de la infraestructura y del talento humano, disminuían la posibilidad de que las personas, familias y comunidades lograran tener contacto con el sistema de salud. En este nivel de complejidad, los “programas de hipertensión arterial”, corresponde a uno de los principales procesos que se dinamizan tanto en la estructura organizacional como en la prestación de servicios. Planear las consultas a nivel intramural, así como en las áreas urbanas y rurales, era un ejercicio cotidiano demandante de diferentes insumos, materiales, profesionales, técnicos, sistemas de información, tecnologías y varios procedimientos para atender a las personas que padecían eventos mórbidos.

Junto a la gestión interna del hospital, se circunscriben otras organizaciones que, de acuerdo con el proceso de operación del sistema de salud, deben aportar a la garantía de la atención a fin de que las personas reciban los insumos necesarios y lograr cumplir con los regímenes terapéuticos. Por ejemplo, las aseguradoras deben garantizar, a través de su operador farmacéutico, la entrega de los medicamentos, sin embargo, esta última actividad en ocasiones no se lleva a cabo concomitantemente con el ejercicio de la consulta médica, así las cosas, las personas deben acudir

en otro espacio y tiempo para la entrega de las fórmulas recetadas por los profesionales de la salud. De la misma manera, ocurre con la realización de exámenes paraclínicos, pues, en un mismo hospital no se garantiza la toma e interpretación de todos los estudios requeridos. Esta fragmentación compromete la continuidad de los procesos y quién debe asumir los riesgos de tal discontinuidad de los procesos terapéuticos sean las personas y su familia.

Del escenario de la prestación de servicios, transité hacia las Entidades Promotoras de Salud (EPS o aseguradoras). Mi paso por allí fue fugaz. La lógica económico-financiera y del aseguramiento, había permeado de manera categórica la forma en que se gestionan los procesos de salud desde estas instituciones. La hipertensión arterial desde este escenario, se asume como una problemática que genera pérdidas económicas y es considerada como una de las enfermedades prioritarias en el proceso de gestión. De hecho, se plantea un sistema propio para identificar las dinámicas de la enfermedad y su grado de afectación en las poblaciones: la *cuenta de alto costo*. Este sistema, permite analizar y calificar la gestión de los actores de salud en la mitigación del evento y, conforme con esta información, se toman decisiones para actuar sobre la reducción de los impactos económicos y financieros que puedan estar afectando a la institución. La hipertensión arterial adquiere una centralidad en este escenario administrativo y se moviliza no solo en la atención de pacientes, sino en la construcción, negociación y perfeccionamiento de contratos entre la aseguradora y los hospitales, según el número de personas afectadas. Aquí el discurso se dirige a la enfermedad y, en restringidas ocasiones, a la salud.

De las aseguradoras transité hacia la Secretaría de Salud Municipal en una alcaldía al sur del Cauca. El propósito, desde este escenario, era lograr vincular a los actores en salud sobre una línea que tomara en cuenta procesos de movilización social para la salud, incorporando con fuerza a las formas de participación comunitaria. Esta dinámica estaba alineada con asumir el rol de autoridad sanitaria a fin de que, tanto los hospitales, así como las aseguradoras, se tomaran en serio los procesos de promoción de la salud y prevención de la enfermedad y, por supuesto, la garantía de la atención de las personas con diferentes eventos mórbidos. La dinámica de gestionar acciones en salud desde este escenario, permitió ampliar la visión frente a las diversas dificultades por las cuales las personas deben trasegar y alcanzar lo que el sistema de salud define en los planes de desarrollo municipales incluyendo el de salud. El sistema sanitario definitivamente no resuelve dinámicas de la determinación social, es solo una de las diferentes entidades que aporta a la consecución de un mayor nivel de bienestar. Desde la Secretaría de Salud Municipal, lograba vincular espacios de conversación entre la institucionalidad y las comunidades para avanzar en la materialización de una

política pública sanitaria, sin embargo, barreras de diversa índole, obstaculizan el acceso a los servicios de salud.

Del escenario municipal me vinculé al Ministerio de Salud, el ente rector del sistema. En este espacio, la gestión del proceso de salud se caracteriza por vincular acciones de tipo administrativo basado en lineamientos normativos y estratégicos establecidos en la política sanitaria. En este actor, se toma distancia de las realidades del escenario donde se dinamiza el proceso sociocultural. El propósito del ente rector, se fundamenta en apoyar a los actores en salud en la materialización de las líneas de gestión definidas en el plan decenal de salud pública, la carta política del sistema. Este escenario, me generó incomodidades, pues, al alejarse de la dinámica local y el reconocimiento de las particularidades de los territorios, los lineamientos que determinan, se basan en los perfiles epidemiológicos que, denotan solo una parte de la realidad y, por lo tanto, una manera limitada de enfrentar las adversidades. Una lógica parcializada del proceso salud/enfermedad/atención, reinaba en este actor institucional.

Continuando con el escenario de la gestión de la salud pública, entré a formar parte de la Secretaría de Salud del departamento del Cauca, el ente regional encargado de liderar los procesos de la política sanitaria. En este espacio, se circunscriben diferentes proyectos para materializar los lineamientos que conforman la estructura del plan decenal de salud pública. Allí, emergen diferentes acciones de movilización para la prevención y la atención de las enfermedades no transmisibles, entre ellas la presión arterial alta. Desde este campo social de la gestión en salud, me permití caminar cada uno de los municipios del departamento y entablar conversaciones con las personas de cada uno de estos lugares, con la intención de reconocer las formas de cuidar su salud, asimismo, abrir un diálogo con los otros actores del sistema de salud que hacen presencia en el territorio. Sí bien la dinámica de esta entidad territorial es de corte administrativa y opera bajo indicadores basados en la epidemiología, el acompañamiento a los diferentes actores para tomar en cuenta las posibilidades de gestionar la salud desde el conocimiento situado, fue un medio para vincular categorías que complementaran el actuar de los cuidadores de salud, proponiendo una mirada más amplia del mero proceso asistencialista de los hospitales.

Transitar de una institución a otra tenía un propósito, se trataba de vivir experiencias en diferentes escenarios para identificar de qué manera y, desde qué sentido, se gestionaban los procesos de salud/enfermedad/atención, de esta manera, conocer de primera mano las formas como se asume las diferentes estrategias para co-construir la salud con las personas, familias y comunidades. En el caminar y su cotidianidad, llamaba la atención la presencia de procesos relacionados con las enfermedades cardiovasculares, incluida, la presión arterial alta, junto a las

complicaciones que se le adjudicaban como causa de un inadecuado control y tratamiento, así mismo, se constituía en un reto la prestación de servicios, en concordancia con las particularidades del contexto y la definición de estrategias para su abordaje.

En algunos escenarios tardé poco tiempo. La causa de esta restringida temporalidad, obedecía a la centralidad de los discursos asumidos desde el actual sistema de salud colombiano: una gestión basada en criterios económico-financieros y de análisis del riesgo que prevalecía sobre una lógica de recuperar la salud y mejoramiento de la vida. Ciertos actores del sistema de salud, viven su cotidianidad, analizando números y estadísticas que reflejan la cantidad de enfermos y fallecidos, procesando de manera fría reportes a través de informes a las entidades encargadas de controlar los procesos de gestión de la salud. Estos servían como sustrato para hacer negocios, a través de contratos de prestación de servicios entre prestadores de servicios de salud, aseguradoras, farmacias, cooperativas de trabajo asociado, insumos, infraestructura, consultorías, entre otros.

Junto a mi legado universitario, trataba de incorporar a los escenarios a donde llegaba, los componentes de la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad, incluyendo categorías de la salud pública, así las cosas, fortalecía los escenarios, al menos desde un discurso establecido desde la prevención. Sin embargo, las directivas de las instituciones daban prioridad a procesos administrativos que denotaban efectividad o eficiencia en la gestión de las instituciones, no precisamente valorando los resultados de la salud como proceso centrado en las personas. Así las cosas, las propuestas para ajustar la perspectiva y dirigir la gestión en salud hacia las dinámicas poblacionales, los determinantes sociales y las dinámicas culturales de las personas, familias y comunidades, no trascendía de ser una propuesta interesante para lograr resultados. Por ahora, había que atender temas económicos urgentes para resolver las contingencias generadas en la cotidianidad, desde la mirada de lo mórbido y los procesos administrativos requeridos para materializar las atenciones.

Estas formas de entender las dinámicas de la salud generan incomodidades. Incomodidades que, a pesar de incorporar discursos apartados de la biomedicina y enfatizando procesos desde la salud pública y la salud colectiva, limitaron respuestas ante este llamado, cuya pretensión planteaba tomarse en serio a las personas y su contexto, re - pensando maneras de atención desde las dinámicas políticas, sociales y culturales para insertar una lógica integradora desde los saberes propios. Estar inmerso en estos escenarios confluye hacia la toma de decisiones para distanciarme de espacios donde la fuerte influencia capitalista y mercado centrista prevalecía.

Una vez que había caminado, caído y levantado por las resbaladizas vicisitudes del sistema de salud, busqué refugio en la academia, donde me inspiran hoy por hoy, otros trasegares planteando una apuesta a fin de asumir diversas maneras de apreciar la realidad.

La selección de la temática abordada en esta investigación, está relacionada con dos categorías que parten de mi propia experiencia y contacto con diferentes escenarios donde continuamente me encontraba de frente con la presión arterial alta. Una primera categoría está relacionada con la vivencia de la gestión de procesos y servicios de salud de eventos cardiovasculares en diferentes escenarios de los actores en salud donde me había desempeñado. Otra categoría hace alusión a la experiencia propia de mi padre. Un proceso complejo que requirió la incorporación de un padecimiento que por varios años lo insertaron en una dinámica cotidiana donde debía ajustar sus modos de vida, además de autogestionar insumos farmacéuticos, procedimientos y servicios sanitarios, a fin de alcanzar los propósitos terapéuticos. Tales propósitos estaba enunciados desde un discurso amenazante, auto responsabilizante de la producción de complicaciones ocasionadas por el aumento sostenido de las cifras de tensión arterial. Este par de categorías vinculadas a mi proceso de vida, fueron las que condujeron a circunscribirme en un ejercicio de profundización, análisis y reflexión de la presión arterial alta.

2.2 Discursos que se tornan incompatibles

En los escenarios donde cada actor de salud despliega sus intervenciones, donde articula, negocia, tranza, establece y direcciona prácticas relacionadas con la salud y la enfermedad con otras instituciones, se encuentran establecidos de manera clara los objetivos del discurso de la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad, la atención primaria de salud y la garantía del derecho a la salud, no obstante, hay ciertas incompatibilidades entre lo que se plantea, se dice y se hace. Los sistemas de información en cada institución se encuentran cargados de datos relacionados con enfermedad, discapacidad y muerte. Al finalizar cada mes, se reportan los eventos que ocurrieron durante la vigencia y se llevan a cabo análisis de la prevalencia de las principales enfermedades de un territorio, sin embargo, no se profundiza sobre aspectos que determinan las dinámicas socioculturales de tal realidad.

Los análisis de tasas, prevalencias e incidencias que denotan el comportamiento de los eventos mórbidos en diferentes contextos para identificar las primeras causas de mortalidad, los eventos de interés en salud pública, indicadores de calidad, entre otros, dan cuenta de un considerable número de atenciones realizadas por las instituciones prestadoras de servicios de salud, sin embargo, los análisis de *salud como proceso* se tornan incompletos, ya que adolecen de

categorías socioculturales, así como determinantes políticos y económicos. Las negociaciones y transacciones efectuadas entre hospitales y aseguradoras, toman como referencia el número de enfermos y de fallecidos, o la probabilidad que tienen las personas para enfermar o morir. Así las cosas, las dinámicas planteadas en el modelo de salud actual, están soportadas en información desde la enfermedad y no desde la salud. ¿Qué pasa entonces con los discursos y propósitos constitutivos desde la salud que se asumen en las plataformas estratégicas de los hospitales, las aseguradoras, las alcaldías, las gobernaciones y otros actores en salud?

Según parece, entre los discursos y las prácticas existen divergencias en el entendido que lo que se busca es gestionar la enfermedad y no la salud. ¿Cuál sería entonces la causa que el foco no sea la salud y, por el contrario, sea la enfermedad?, ¿Será una preferencia de lo transaccional y lucrativo compaginado con la producción de bienes, servicios y productos médicos quirúrgicos?, ¿Qué prima sobre las acciones en diferentes entornos para identificar riesgos de manera oportuna donde la gente vive, trabaja, crece y envejece?; ¿Se favorece a algunos cuantos a expensas de las vicisitudes y necesidades de otros?...

Si le damos un vistazo a la estructura con la cual opera el sistema de salud, tiene una lógica praxiológica muy bien definida y está centrada en el marco de la formulación de planes, programas y proyectos, conjuntamente con la realización de actividades definidas por el Ministerio de Salud. Estas definiciones y entramados burocráticos los adoptan y los adaptan las entidades territoriales (municipios) y los ejecutan las aseguradoras, así como los prestadores de servicios de salud, asumidos desde una lógica biomédica que prevalece y se erige como un modelo hegemónico. Asimismo, en la identificación para la evaluación de estas intervenciones, se utilizan indicadores numéricos que no trascienden de lo estadístico, subordinando subjetividades, lo social, las dinámicas culturales, lo político y el sentir de las personas como partes constitutivas del proceso salud/enfermedad/atención.

2.3 Sistema de salud o sistema de la enfermedad

En estos trasegares donde he puesto buena parte de mi recorrido de la vida como profesional de salud, como sujeto y también como objeto del sistema, me he planteado una paradoja al escuchar, por una parte, posiciones de un discurso desde la salud y, por otra parte, la realización de prácticas aisladas de este discurso, enfocados en las dinámicas de la enfermedad, la discapacidad y la muerte. Desde esta posición me pregunto: ¿Las secretarías municipales de salud, las secretarías departamentales de salud, las instituciones prestadoras de servicios, las empresas promotoras de salud, el Ministerio de salud y la superintendencia nacional de salud, ¿por qué utilizan la categoría

salud si están enmarcadas constantemente en el discurso de la enfermedad?; ¿por qué no denominarlas entonces de acuerdo con sus prácticas? Secretarías municipales y departamentales de la enfermedad, instituciones prestadoras de servicios de la enfermedad, Ministerio de la enfermedad, superintendencia Nacional de enfermedad ... Entiendo que desde una lógica estatal estas definiciones no caben y, bajo ningún precepto, las dinámicas institucionales las aceptarían, sin embargo, ¿bajo qué dinámica se define su gestión?; ¿cuál es la coherencia entre lo que se dice y lo que se hace?, ¿qué hay tras bambalinas al asumir prioritariamente la morbilidad y no la salud?

Ser profesional del campo sanitario es una tarea cargada de complejidades, sobre todo en un contexto donde el sistema se rige por categorías mercantilistas y no desde el enfoque socio cultural. Hago referencia a que el sistema debería enfocarse en las personas, familias y comunidades y centrarse en resolver sus necesidades, empero, el sistema asume como foco las instituciones bajo dinámicas de gestión y administración. Esta desviación operativa y conceptual del sistema, pone sobre los hombros cargas a las personas a fin de resolver sus necesidades en salud, pues tienen que asumir procesos administrativos para lograr la autorización de cada una de las intervenciones requeridas. Esto conlleva a itinerarios terapéuticos donde las personas deben lidiar con “órdenes de apoyo”, derechos de petición, tutelas y demandas para obtener los servicios requeridos en virtud de sus padecimientos.

2.4 Acontecimientos históricos de la presión arterial, transición de lo clínico a lo farmacéutico y mercantil

Uno de los hitos históricos en la biomedicina, tiene relación con un pilar de la práctica médica: la toma de la presión arterial. Este procedimiento en la cotidianidad de los servicios de salud representa una actividad preponderante en el ejercicio de revisión de las constantes vitales, denotando un parámetro de la salud. Su uso está normalizado en los servicios ambulatorios o de urgencias, hospitalización o unidades de cuidado intensivo, incluyendo el hogar y los espacios comunitarios.

La medición de la presión arterial fue un reto para la ciencia durante varios siglos. Remontándonos a los años 2.600 A.C la “enfermedad del pulso duro” vislumbraba alteraciones en el sistema circulatorio. En el tratamiento se utilizaba la acupuntura, la disminución de la cantidad de sangre del cuerpo mediante la canalización de una vena (sangría) o la utilización de sanguijuelas para provocar sangrado (Esunge, 1991). Registros históricos muestran un interesante inicio del estudio de la presión arterial, se trata del libro clásico de medicina interna del Emperador Amarillo de China

(año 2600 a. C.) donde se describe una relación entre el pulso fuerte y enfermedades del corazón. Los primeros indicios de la presión arterial se remontan a la Grecia Clásica. Los griegos consideraban que las arterias contenían aire (de allí el nombre de las arterias: *aer*, aire y *terein*, contenido). Registros datan a Aristóteles, por los años 384–322 a. c., enseñando que la sangre tenía origen en el corazón y, además, era el responsable de la nutrición del organismo. Fue en los años 129 -199 a. c. que Claudio Galeno, médico romano, describió como las arterias transportan la sangre y a través de experimentos demostró que las arterias tenían un pulso ocasionado por esta actividad.

En el Renacimiento, con los avances en las ciencias, los logros en el conocimiento del comportamiento y funcionamiento del cuerpo humano, dio paso a explicar las enfermedades más allá de las concepciones mágico-religiosas. Aparecen diferentes instituciones de caridad a la luz del cristianismo para la atención de las personas enfermas. Durante el siglo XVII, Giovanni Borelli, Giorgio Baglivi y Robert Boyle, trataban de explicar el movimiento de la sangre, así como el funcionamiento de los vasos sanguíneos y el corazón desde una perspectiva de la física, asimilándose al comportamiento de los líquidos y fluidos.

En el año de 1.727, Stephen Hales, presbítero inglés, estudió el movimiento de los fluidos naturales y la presión que lo condiciona. Midió la presión del agua en la raíz de diversas plantas; luego realizó experimentos con la circulación sanguínea. Realmente fue el primero en intentar medir la presión arterial y lo realizó con una yegua, haciendo una incisión en la arteria femoral izquierda. Allí introdujo un pequeño tubo que alcanzaba a medir 5 mm y a través de otro tubo, adaptó un tercer tubo de 2.74 metros. Así analizó la sangre, evidenciando en cada pulsación un movimiento del tubo y prosiguió a medir su altura, la que llegaba a los 2.5 metros y su oscilación era entre 5 y 10 cm en cada pulsación.

Se cree que, hasta la segunda mitad del siglo XIX, las causas de la enfermedad tenían relación con aquellos desequilibrios dados entre los humores del organismo y se tratan generalmente con purgas y sangrías. Así mismo, se relacionaban con los temperamentos de las personas y se contrastaba las características físicas con las mentales, donde un carácter fuerte era compatible con un temperamento sanguíneo de pulso activo, venas pletóricas, color de piel rojizo y signos que denotan abundancia de la sangre.

Fue hacia el año de 1896 que ocurrieron sendos acontecimientos, por una parte, Sir T. Clifford Allbutt quien describió un cuadro clínico “Hipertensión” que hoy por hoy hace referencia a la Hipertensión Arterial Primaria. Previo a este episodio, en 1.827, se describieron algunas alteraciones anatómicas y clínicas de la enfermedad renal por parte de Brighy y las consecuencias de la elevación

de la presión arterial en estas personas. Por otra parte, Scipione Riva-Rocci aportaría la invención del esfigmomanómetro. Un antecedente importante que se trazó como un evento paradigmático en la construcción de la presión arterial, fue llevado a cabo por el reverendo Stephen Hales en 1733 (Mann, 1978), quien midió de manera directa la presión arterial en una yegua colocando una pipeta de vidrio en la arteria crural.

Medir la presión arterial tenía varios retos, pues no era posible acceder a las arterias de manera invasiva cada vez que se deseara conocer su cifra. Diferentes médicos habían sospechado que posiblemente la intensidad del pulso arterial podría asociarse a la elevación de la presión en el sistema circulatorio. Esta técnica era bastante sencilla de realizar, pues, bastaba con colocar los dedos sobre la arteria radial y reportar su intensidad. Sir T. Clifford presentó ante la Sociedad Hunteriana de Londres, Inglaterra su obra: "Plétora Senil o Elevación de la Presión Arterial en Pacientes Ancianos" (Ruskin 1956: 131) donde describe su experiencia "... me sorprendió sobremanera cuando coloqué mi dedo sobre la arteria radial de la paciente, era la más intensa que alguna vez había palpado...".

La invención del esfigmomanómetro tuvo su evolución iniciando el año 1.855 donde Karl Vierordt medía indirectamente la presión arterial realizando presión externa en determinadas áreas de las arterias, ocluyendo su pulso. En 1.856 experimentó en un paciente la medición de la presión arterial mientras realizaba una amputación de un miembro colocando una pipeta en la arteria femoral hallando una cifra de 120 mm/Hg (Major, 1930). De otra parte, en Viena en el año 1.880, Samuel Von Basch construye un esfigmomanómetro que ocluye el pulso arterial, a través de una bolsa llena de agua, en la cual se aprecian las pulsaciones desapareciendo, logrando medir la presión, de acuerdo con el momento en que aparecían y desaparecían las pulsaciones. Desde allí se logra medir indirectamente la presión entre 110 y 160 mm/Hg. Después de varios años, en 1.896 describe "Un Sfigmomanometro Nuovo" bajo los principios más ortodoxos y rigurosos, demostró la posibilidad de realizar mediciones de la presión arterial de manera exacta sin tener que acceder directamente en las arterias de los pacientes. En sus experimentos utilizaban conejos a quienes les medía la presión con su nuevo aparato y comparó mediciones usando fármacos que modifican las cifras de presión arterial.

En 1.905 el médico ruso Nikolai Korotkoff describió los daños producidos en los vasos arteriales a causa del uso del esfigmomanómetro que hasta esos días se había utilizado y propuso el método auscultatorio de medición de la presión arterial, técnica mantenida hoy por hoy. En los Estados Unidos (EEUU), fue en 1906 cuando se introdujo la técnica de Korotkoff por parte del neurocirujano Harvey Cushing en todos los consultorios médicos de los EEUU. La inclusión de estas

técnicas de valoración de la presión arterial da origen a la descripción de nuevos indicios clínicos para la constitución de eventos mórbidos y causales de muerte en la población, aportando ajustes al pensamiento médico desde una perspectiva más funcional que morfológica dando paso a la generación del reconocimiento de otros paradigmas en los procesos de prevención de las enfermedades, al identificar ciertos factores de riesgo relacionados con los eventos cardiovasculares.

En el afán de encontrar respuestas a ciertos signos clínicos inexplicables hasta ese momento, se abre una voluptuosa cantidad de estudios que describen procesos relacionados con el aumento de la presión arterial y los efectos en el organismo humano. La presión arterial es objeto de análisis de ciertos padecimientos, sobre todo si sus cifras se encuentran aumentadas (mayores de 130/90 mm/Hg). Había llegado la modernidad y con ella el apogeo del capitalismo en una revolución industrial que traería consigo la exclusión funcional de la naturaleza económica, así mismo, el auge de la ciencia tomó una buena ventaja desde la medicina y la incorporación de la teoría microbiana, fortaleciendo la mirada individual en la atención de las enfermedades y refiriendo sus actos desde la historia natural de la enfermedad, llevando al fortalecimiento de los tratamientos desde una perspectiva científica y especializada, excluyendo otros tópicos en la producción de los malestares. Desde la perspectiva moderna, lo que es aceptado como “normal”, tiene un complemento desde el sistema, en lo “anormal”, lo patológico, lo no deseable, ni funcional, inscribiendo desde esta visión, parámetros determinantes en el estado de salud de las personas y operando sobre esa lógica.

A ese aumento de la presión arterial la biomedicina le denominó hipertensión arterial, o tensión arterial alta o, con un apelativo desafiante: el asesino silencioso. La enfermedad no produce manifestaciones corporales evidentes, sin embargo, puede estar afectando órganos con un deterioro progresivo. La presión arterial alta es un trastorno donde los vasos sanguíneos mantienen una tensión persistentemente alta (OMS, 2020). Mediciones estandarizadas por la biomedicina, han establecido que la cifra de tensión arterial normal en personas adultas es de 120 mm/Hg cuando el corazón late (tensión sistólica) y de 80 mm/Hg cuando el corazón se relaja (tensión diastólica). Desviaciones de esas cifras se consideran anormales. Si la tensión sistólica es igual o superior a 140 mm/Hg y la tensión diastólica es igual o superior a 90 mm/Hg, la tensión arterial se considera alta. Riesgos asociados a esa anomalía, se traducen en daño a órganos como en el cerebro, riñones, corazón y los mismos vasos sanguíneos, con implicaciones considerables en la fisiología humana. La presión arterial elevada forma parte de una serie de eventos mórbidos clasificados internacionalmente y pertenece en esa clasificación a las enfermedades cardiovasculares también definidas como crónicas no transmisibles.

2.5 Presión arterial alta, dispositivo que emerge desde las farmacéuticas, el marketing y el mercado

La construcción, comunicación y usos del concepto de la presión arterial alta no obedeció exclusivamente a una génesis de prácticas de tipo clínico. La construcción de esta entidad tuvo una fuerte influencia desde la relación fármaco-enfermedad que ya por la década de 1950 empezaba a crecer en prevalencia los eventos mórbidos de tipo crónico. Tomando en cuenta y haciendo uso de herramientas brindadas por la estadística, se evidenciaron riesgos susceptibles de ser mitigados a partir del conocimiento biomédico y la construcción de fármacos para abordar este tipo de eventos cada vez más insidiosos en la población y preocupaba a la salud pública. En el propósito de potenciar el crecimiento de la industria farmacéutica, se exploraban conceptos nuevos de enfermedad, lo mismo que conceptos terapéuticos a fin de favorecer la producción de fármacos, potencializando el crecimiento de los tratamientos para las personas en un largo plazo, es decir, se planteó la necesidad de consumir medicamentos de manera cotidiana para mitigar riesgos y, en ese sentido, construir y definir un mercado farmacéutico con un crecimiento sostenible (Mottley, 1958).

En el año de 1951, surge uno de los estudios pioneros relacionados con la presión arterial al cual se le denominó el *estudio Framingham*. Fue llevado a cabo en Massachusetts, EEUU. En él se definen los factores de riesgo coronarios relacionados con las características del individuo como el género, la edad y los antecedentes familiares, al igual que ciertos hábitos como el consumo de cigarrillos. Una de las categorías preponderantes en la construcción de la presión arterial, tomó fuerza precisamente en esta década por influjo de las publicaciones de cotizadas revistas de ciencia y diarios donde se disponían los resultados de estudios, tanto de la presión arterial como de la hipercolesterolemia y la diabetes (tres entidades que tienen en común la realización del diagnóstico a través de números), los cuales ampliaron un gran horizonte para la producción científica biomédica, constituyéndose en una categoría determinante en el proceso de medicalización de la vida a partir de esta década de la posguerra (Kannell, Dawber y Kagan, 1961).

En la construcción de la presión arterial, han influido estudios epidemiológicos de manera contundente, junto con la articulación de categorías del riesgo en salud y la medicina, donde el laboratorio y la clínica, se complementan como ensamblajes amalgamando la epistemología médica con la bioestadística y la epidemiología en estudios a largo plazo. De estas consideraciones surgen procesos de reducción de riesgos, involucrando la ciencia y el cuidado de la salud desde una perspectiva de negocio, tomando en cuenta categorías de enfermedad y riesgo. La generación de categorías desde abordajes del riesgo, incorporó elementos comerciales y el marketing, conduciendo

a una medicalización planificada, construyendo categorías artificiales para lograr que las personas consumieran fármacos y reducir riesgos, limitando la morbilidad y mortalidad por enfermedades crónicas. Estas dinámicas permitieron mirar relaciones porosas entre la ciencia y el negocio del cuidado de la salud y la primacía de categorías de enfermedades en sus concepciones contemporáneas.

Este tipo de procesos basados en números, ampliaron la segmentación del significado de la enfermedad en un cuerpo individual alejándose del espacio íntimo donde interactúan el médico y el paciente, para referenciarse en acciones más amplias y abstractas contenidas en la política; en pautas de estandarización y, un mercado donde la definición de enfermedad y las percepciones físicas del médico y el paciente se vuelven irrelevantes. En ese sentido, es preciso afirmar que las definiciones numéricas de la enfermedad hacen emerger una tercera persona, capaz de definir un diagnóstico y un tratamiento en función con el encasillamiento de las personas en una serie de pautas: los umbrales numéricos.

Durante 1905, cuando se introdujo el esfigmomanómetro en todos los consultorios médicos de los EEUU, se inició la toma de la presión arterial, sin embargo, no se contaba con una “cifra” para contrastar entre lo normal y lo patológico. Fue en 1920 que la industria de los seguros de vida, consideró cifras de presión arterial en conjunto con otras variables como la altura, el peso y la edad para establecer una cuantificación que permitiera racionalizar el riesgo de las personas y, sobre la base de ese resultado, proceder a asignar o no el seguro de vida.

En los análisis de la mortalidad que a finales de la década de 1910 se realizaron por parte del director médico de una compañía de seguros, el representante John Walton Fisher, tomó una decisión de no asegurar a las personas que tenían una presión arterial sistólica de 170 mm de mercurio o más. Más adelante, a inicios de la década de 1920, surge la definición de *hipertensos asintomáticos* como un grupo de alto riesgo. Los estudios de Fisher realizados por más de 15 años, mostraron que personas aparentemente sanas podrían tener una presión arterial elevada, la cual se extendía por largos períodos de tiempo, concluyendo que en la población la presión arterial alta estaba relacionada con mortalidad cardiovascular temprana. Este hallazgo, si bien tomaba en cuenta cifras tensionales de personas, no apuntaba a obtener información clínica, sino datos para tomar decisiones de tipo financiero (Fisher, 1922).

Para la década de 1930, la presión arterial alta se inició como una descripción de un evento asociado a una sintomatología específica relacionada con dolor de cabeza, irritabilidad, mareos, fatiga y nerviosismo (Pratt, 1931). Un año después, en 1931 la hipertensión arterial se concibió como

un mecanismo compensatorio del organismo, el cual no debía ser manipulado. A finales de la década de 1930, la asociación de un oftalmólogo con un médico internista estadounidense, trataron de construir un conjunto de lesiones relacionadas con el aumento de la presión arterial dibujados en diagramas tomando como referencia las retinas de pacientes hipertensos. De allí surge una relevante actuación del oftalmoscopio que permitía identificar cambios patológicos en los tejidos oculares aportando información más cercana de lo que podría ser las complicaciones de la presión arterial alta (Keith y Wagener, 1939).

Con esta serie de datos obtenidos en las dos décadas citadas, los tratamientos para contrarrestar la presión arterial alta, adquirieron un relevante proceso de investigación, transitando por diversas opciones terapéuticas incluyendo la electroterapia, la radioterapia y la piroterapia, así como la inclusión de nitratos, sedantes e inclusive procesos psicoterapéuticos. Desde el punto de vista quirúrgico, surgió una alternativa relacionada con el tratamiento de la hipertensión maligna, donde se planteó la hipótesis que este padecimiento se origina desde el sistema nervioso autónomo, quien estaba sobre estimulado. De acuerdo con esta información, una alternativa terapéutica fue realizar la simpatectomía quirúrgica (procedimiento quirúrgico que elimina las fibras nerviosas del sistema parasimpático). Sí bien, con estas técnicas se redujo la presión arterial, su uso dio origen a otro tipo de riesgos relacionados con efectos adversos producto del procedimiento quirúrgico, hospitalizaciones de varias semanas y efectos tóxicos por el consumo de los fármacos.

Por varios años se consideró a las enfermedades crónicas, cardíacas, la artritis y la diabetes, como eventos degenerativos relacionados con el envejecimiento y por ende inalterables. Una de las alternativas para tratar este tipo de eventos fueron las recomendaciones de la adopción de estilos de vida saludables.

Hacia los años 1920 y 1930 se iniciaron estudios para establecer la prevalencia de las enfermedades crónicas en la población adulta de los EEUU, pues, se veía el aumento de casos como una amenaza para la salud pública. El rol de la academia y las instituciones de salud fueron influyentes en el tratamiento de este tipo de eventos y entre 1940 y 1950 se publicaron resúmenes enciclopédicos con una buena cantidad de hallazgos recopilados en volúmenes denominados como *prevención de enfermedades crónicas* y se pusieron en marcha esbozos para lograr la detección temprana y el tratamiento de tales eventos. Simultáneo con estos aportes, la industria farmacéutica reformuló la fisiología en términos de riesgo al que también le involucró variables financieras. Con estos insumos, se plantearon diferentes políticas basadas en la población en términos cuantitativos, donde tanto la presión arterial alta como el tabaquismo y el sobrepeso, se establecieron como

amenazas para el bienestar de la población, llevando a la construcción procesos de autocuidado dando origen a la medicina preventiva.

Durante la década de 1940, se utilizaron los procesos terapéuticos disponibles para el tratamiento de los pacientes, sin embargo, la producción de efectos adversos fue muy frecuente y significativos, situación que sugirió realizar nuevas investigaciones frente a la posibilidad de disminuir la presión arterial alta. En esta década, apareció la hidralazina, un fármaco con la propiedad de disminuir la presión arterial, no obstante, la generación de un síndrome similar al lupus acompañado de taquicardia y ardor del estómago, rápidamente lo apartó del escenario de tratamiento. La reserpina, otro fármaco que vislumbraba efectos, también tuvo que ser eximido de las opciones terapéuticas debido a la generación de depresiones severas. Otra alternativa fue el uso intravenoso de dosis mercuriales, empero, por la implicación del tiempo de tratamiento y su toxicidad, se vio la necesidad de limitar su uso.

Un insumo que hoy por hoy continúa siendo una alternativa en el tratamiento de la presión arterial alta, surge en la década de 1940 y se denominó la dieta del arroz sin sal, una práctica muy popular en los EEUU y con buenos resultados en el tratamiento de la enfermedad renal y vascular (Kempner, 1944).

La década de 1950 constituye un hito en los procesos terapéuticos para la presión arterial alta. En las plantas de producción del laboratorio Merck Sharp & Dohme, en enero de 1958, en el desarrollo de un simposio de investigación, se presentó al mundo un medicamento en forma de píldora, innovando todas las formas de presentación de los medicamentos previamente usados. Este fármaco logró disminuir la presión arterial elevada de una manera efectiva y con muy pocos efectos adversos. Se trataba de la clorotiazida, cuyo nombre comercial fue nominado como *Diuril*, un fármaco diurético perteneciente a las tiazidas, el cual fue declarado como el mayor avance médico de los últimos años (Kruif, 1959). Es a través de este medicamento que la industria farmacéutica logra posicionar una alternativa terapéutica no emergente de las dinámicas clínicas y de la relación médico - paciente, sino que involucra procesos económico - financieros, y también de inversiones importantes en marketing de venta y posicionar como única alternativa a *Diuril*, a través de diferentes estrategias para incorporarlo en la cotidianidad de los cuidadores de salud como la mejor alternativa.

Diuril no solo tenía una connotación de medicamento, realmente fue una entidad que se involucró materialmente en la modificación de la definición de la hipertensión en los EEUU y esto permitió reconstruir la definición de una condición degenerativa y sintomática a una categoría de

riesgo asintomática y con una fuerte potencialidad de ser tratada. El involucramiento de Diuril en el mercado de la salud de los EEUU, permitió la construcción de un paradigma dirigido a la prevención farmacéutica para las enfermedades crónicas, así como la identificación de riesgos generadores de enfermedad aun estando asintomáticos. En ese sentido, la presión arterial alta se apartó de sus síntomas y se construyó a partir de *umbrales numéricos* desde un comité de expertos y la definición de guías clínicas.

La fuerte inversión en marketing de este medicamento, cambia la perspectiva de la terapéutica al publicitar una píldora dulce al tragar, no requerir ningún tipo de hospitalización como en el caso de los agentes mercuriales; lo mismo que la eliminación de pruebas para detectar efectos adversos en el tratamiento de la hipertensión. En la validación de estos comportamientos, se involucra de manera fuerte los ensayos clínicos a la práctica clínica, aportando a la validación de umbrales para definir las potencialidades de tratamientos de la hipertensión arterial. Es entonces a partir de la década de 1950 que logra aceptación de manera generalizada la hipertensión asintomática como un evento susceptible de tratamiento, así no se evidenciara signos manifiestos.

En 1958 en un simposio de la farmacéutica Merck Sharp se señaló que la ausencia de toxicidad de Diuril podría dar paso al uso en personas asintomáticas y con cifras de tensión arterial elevada para reducir el riesgo de enfermar o morir a causa de una enfermedad cardiovascular (Heath, 1958). Así las cosas, si la comprensión de la presión arterial alta se daba como una condición potencialmente evitable, se debería exigir un tratamiento temprano (Moyer, 1959). Desde estos posicionamientos se da origen a la estrategia de “tratar a partir de los números” haciendo alusión a las cifras de tensión arterial para el control de la enfermedad. Esta concepción marcó diferentes posiciones a nivel político, clínico y económico, pues, se planteaba que la influencia de la industria farmacéutica y su deseo de mantener un mercado continuo en el uso generalizado de medicamentos antihipertensivos, era una intención que supera las buenas intenciones de los productores de fármacos.

El interés de las farmacéuticas claramente se enmarca en lograr que los médicos conocieran, probaran y aceptaran los medicamentos como avances en las alternativas del tratamiento de la hipertensión, fortaleciendo el discurso a través de organizaciones, asociaciones e institutos apoyados por los gobiernos. Junto a estas estrategias, varios investigadores fueron financiados por la industria farmacéutica, fortaleciendo la relación académico - industrial. Por otra parte, la academia y los profesores investigadores, apoyaron la realización de ensayos clínicos fundamentando y recomendando el uso de productos farmacéuticos. En la medida en que se daban estas dinámicas, se construyeron monopolios limitando el acceso a los medicamentos a ciertas fracciones de la

población, mientras que la competencia de las farmacéuticas se abrían paso a una arena de mercados en donde poco a poco emergieron otras alternativas de tratamiento farmacológico y dieron pie a procesos de competencias y a la elaboración continúa de ensayos clínicos que apoyan el argumento en la efectividad de ciertos medicamentos.

Los ensayos clínicos que alguna vez se preocupaban por lograr tratamientos pensados a partir de las dinámicas de la enfermedad y las personas, rápidamente se convirtieron en ensayos clínicos comerciales utilizados como herramientas a fin de validar las pautas que definían la investigación clínica. Los ensayos clínicos se convirtieron en una industria vinculante de corporaciones que definían precios de los medicamentos, fabrican píldoras, reclutaban sujetos humanos para experimentación, tabulaban resultados y facilitaban la transición a través de los organismos reguladores de drogas y medicamentos.

En la década de 1990, las farmacéuticas invierten el 80% de los recursos en centros médicos académicos para la realización de ensayos clínicos. En esta incursión de la industria farmacéutica, se involucraron la academia, organizaciones gubernamentales y no gubernamentales, así como asociaciones público-privadas a fin de lograr materializar acciones del nivel político que permitiera la incorporación en los sistemas de salud este tipo de medicamentos, bajo el precepto de generar procesos preventivos para limitar el daño generado por la tensión arterial alta en la población. Estudios como el del sistema de atención de la administración de veteranos de los EEUU, evalúa el beneficio preventivo a largo plazo de los medicamentos antihipertensivos, asimismo, como su predecesor, el estudio Framingham, que definía los riesgos de la presión arterial. Sendos estudios fueron instrumentos para argumentar la vinculación del consumo de fármacos en personas subjetivamente sanas.

La puesta en escena de Diuril, abrió la posibilidad de reconocer el premio Lasker (similar al Nobel de Medicina) en 1971 al investigador Ward Freis. Freis en su discurso de aceptación del premio, le recomendó al gobierno de los EEUU crear un organismo nacional para aumentar la detección y el tratamiento de la presión arterial alta desde un contexto sociopolítico y como una prioridad en salud pública, conjuntamente con la definición de un programa Nacional de Educación sobre la hipertensión (Brody, 1972). Es a partir de este momento que se crea el Instituto Nacional del corazón, los pulmones y la sangre en 1972 por parte del gobierno central. Asimismo, se conforma el programa Nacional de Educación sobre la presión arterial alta. Este tipo de estrategias permitió a los estadounidenses, tomar en cuenta los números para contrastar sus procesos de salud y a través de asociaciones público-privadas se dinamizó el programa Nacional de Educación, donde el gobierno

y la industria farmacéutica coordinaron esfuerzos para introducir procesos educativos médicos basados en los resultados de las investigaciones y las opciones de tratamiento en toda la población.

A partir de ese momento, la industria farmacéutica inició fuertes campañas publicitarias tomando como insumo la literatura médica, dando origen a un proceso de detección y tratamiento de los hipertensos. Los principales diarios y revistas de los EEUU, aparecieron con titulares que involucraban la novedad de introducir productos farmacéuticos para la mitigación de los riesgos relacionados con las enfermedades cardiovasculares, construyendo una estrategia publicitaria robusta que permitió permear a toda la sociedad estadounidense con esta nueva tendencia de tratamiento para la prevención de la enfermedad cardiovascular.

En el año de 1977 el primer informe del comité Nacional sobre detección y evaluación del tratamiento de la presión arterial, dio las directrices para la práctica clínica contemporánea, publicado por diferentes revistas clínicas y publicaciones médicas. A partir de 1980, la hipertensión arterial se destacaba como la causa común de consultas en los consultorios de atención primaria (Gorman, et al, 1983). Las asociaciones público-privadas, las farmacéuticas, junto a direccionamientos de la política gubernamental, fueron revisando los umbrales de tratamiento a fin de establecer una definición de hipertensión susceptible de tratar. En el año 1984, se reduce la presión arterial diastólica para catalogar el diagnóstico de hipertensión de 95 a 90 mm de mercurio. Esta situación hizo que se duplicara la población considerada como hipertensa. Hacia el año de 1993, se disminuye la presión arterial diastólica de 105 a 100 mm de mercurio y se plantea que una presión arterial por encima de 140/90 mm/Hg requería una terapia antihipertensiva. En el año 2002, se ajusta el umbral de tratamiento a 130 / 80 en personas diagnosticadas con diabetes o con una enfermedad renal (Moser, 1982).

El preponderante papel del ensayo clínico comercial, fue exitoso para la expansión del tratamiento farmacéutico, sin embargo, el propósito no estaba dado desde una percepción clínica o de favorecimiento individual de las personas comprometidas, sino que existía una tendencia donde cuanto más bajo es el umbral de la presión arterial, más grande es el mercado, más saludable es la economía farmacéutica y menores serán los costos mortales y económicos para las naciones. Tales aseveraciones, desde la necesidad de mitigar la morbilidad y la mortalidad, era muy difícil de oponerse a la política pública y las exigencias de las organizaciones que lideraban la salud pública.

Este tipo de estrategias basadas en dinámicas mercantilistas asumidas desde una filosofía de protección contra riesgos de las poblaciones, generó retos en el consumo a largo plazo de insumos farmacéuticos que llevaron a asumir costos directos en los consumidores afectando su economía, así

como, al involucramiento de grandes inversiones de los gobiernos. La estrategia de abordar el diagnóstico, a través de cifras numéricas, forma parte del proceso de deshumanización de la experiencia médica, dando prioridad a otras categorías relacionadas con el mercado y no con la propia salud. En la medida en que el síntoma se fue tornando irrelevante para el sistema de salud, se abrieron posibilidades en la industria farmacéutica y la construcción de guías clínicas singularizantes de los procesos terapéuticos. Esta tendencia fue marcada especialmente en tres eventos que compartían formas de tratamiento similares desde la valoración numérica: la hipertensión, la diabetes y el colesterol alto.

2.6 Las cargas de la presión arterial, un discurso biomédico de considerable peso

El discurso de la biomedicina haciendo uso de la voz de la epidemiología, erige a la presión arterial alta como uno de los factores de riesgo más importantes en la producción de complicaciones de tipo cardiovascular y agravante de enfermedades relacionadas con las cardiopatías isquémicas, los accidentes cerebrovasculares, la enfermedad renal crónica e inclusive la demencia (Olsen, 2016). Se considera que la hipertensión y la prehipertensión, son responsables de 8.5 millones de muertes cada año en todo el mundo. En términos de prevalencia, para el año 2019 en personas entre los 30 y 79 años fue del 32% en mujeres y del 34% en hombres.

La OMS define a la hipertensión arterial como un problema grave de salud pública a nivel mundial (OMS, 2013). Cerca del 34% de los hombres y el 27% de las mujeres de países de ingresos altos (Asia y pacífico), no sabían que padecían de presión arterial alta, entre el 10 y el 14%, no recibieron tratamiento y, el 21%, no logró el control de las cifras tensionales. Estas dinámicas probablemente se explican por una limitación en la detección temprana, junto con bajas coberturas de los tratamientos y su efectividad. En países como África y Oceanía, el 60% de las mujeres y el 70% de los hombres que padecen hipertensión, no sabían de su afección.

En términos de la efectividad del tratamiento, se lograron tasas más altas en Corea del Sur, Canadá e Islandia, donde más del 70% de las mujeres y los hombres, recibieron tratamiento. Más de la mitad, logró controlar la presión arterial. Los países que mejor control del padecimiento reportaron, fueron EEUU, Costa Rica, Alemania, Portugal y Taiwán. Nepal, Indonesia, África y Oceanía, tuvieron tasas de tratamiento inferiores al 25% en mujeres y menos del 20% para hombres.

El control de la presión arterial en la población, ha logrado ser efectiva en la mayoría de los países desde 1990, sin embargo, en muchos países de África y Oceanía, hubo pocas mejoras. El logro

del mantenimiento de las cifras tensionales tuvo mayor éxito en los países de ingresos altos como Europa central, donde ampliaron el tratamiento y el control en más de 30 puntos porcentuales. La prevalencia mundial de personas entre los 30 a los 79 años con presión arterial alta, se duplicó, pasando de 331 millones de mujeres y 317 millones de hombres en el año de 1990, a 626 millones de mujeres y 652 millones de hombres en el año 2019. Una de las atribuciones a este incremento, hace alusión al crecimiento y envejecimiento de la población. Las tasas de tratamiento en 2019, alcanzaron el 47% de mujeres y el 38% en hombres. Menos de la mitad de las personas que recibieron tratamiento habían logrado el control de la presión arterial alta; situación que llevó a tasas de control global del 23% para mujeres y del 18% para los hombres (NCD, 2021).

En América Latina y el Caribe, entre el 20 y 35% de la población adulta, presenta hipertensión arterial y muchos desconocen su condición (Ruilope, 2017). En Colombia, se reportaron, en el año 2020, 4.162.540 casos nuevos de hipertensión arterial. La incidencia fue de 8.34 casos nuevos por cada 1.000 habitantes. El promedio de la edad de los afectados fue de 60 años y se reportaron cerca de 4.527.098 personas diagnosticadas como hipertensas durante ese mismo año. Los fallecimientos durante el año 2020 relacionados con hipertensión arterial, ascendió a 95.091 personas. La tasa de mortalidad general se calculó en 190.62 casos por cada 100.000 habitantes. Del total de las personas que fallecieron por hipertensión arterial, el 53.46%, es decir, 50.835 personas, fueron mujeres. La edad promedio de las personas fue de 64 años, de las cuales, el 61% eran mujeres, esto es 2.770.089. En términos generales, la prevalencia de la enfermedad ha sido mayor en mujeres que en hombres.

Diferentes estudios desde la epidemiología como el PURE (Prospective Urban Rural Epidemiology), un análisis de seguimiento que evalúa el efecto de los factores macro y microeconómicos en el estilo de vida y factores de riesgo dietéticos para la enfermedad cardiovascular, desarrollado en 17 países y con una muestra de cerca de 142 mil personas, determinó que la prevalencia de presión arterial alta fue del 41% de los cuales, sólo el 45.5% de las personas consideraba presentar la enfermedad. De estos, el 87.9% recibía tratamiento con medicamentos, no obstante, solo el 32.5% de estas personas tenían la presión arterial en cifras deseables. El estudio también reveló que el control de la enfermedad era menos frecuente en países de ingresos medianos y bajos, situación relacionada con terapias de medicamentos que incluía combinaciones entre ellos (Yusuf, et al., 2014).

En Colombia el estudio definió una prevalencia de 37,5%, de estas personas, el 57,1% habían asumido como tal el diagnóstico de presión arterial alta; 52,8% recibían tratamiento, sin embargo, solo el 18,8% se consideraban controlados (35,5% de los hipertensos que recibían medicamentos

tenían controlada su presión arterial). El evento es más frecuente en las personas mayores de 50 años y quienes habitan en las zonas urbanas. Los niveles educativos de las personas también marcaron diferencias (25% más en personas con menor nivel educativo). Barreras en el acceso a los medicamentos y su baja disponibilidad y el pago de cuotas adicionales, pago de transporte hacia los hospitales y limitada valoración por medicina especializada, fueron variables relacionadas con el bajo control de la enfermedad.

Para el departamento del Cauca, durante el año 2020, se reportó una incidencia de 4.95 personas por cada 1.000 habitantes, cerca de 7.100 casos nuevos. Durante este año, 82.356 personas fueron diagnosticadas con presión arterial alta, de las cuales, el 53% fueron mujeres. La tasa de mortalidad se calculó en 132.85 casos por cada 100.000 habitantes, falleciendo 1.973 personas debido a esta causa. En Popayán, la prevalencia del padecimiento para el año 2020 asciende a 8.77 personas por cada 100 habitantes. Los casos prevalentes llegaron a 28.395 personas y la mortalidad fue de 188.74 por cada 100.000 habitantes, es decir, fallecieron 611 personas a causa del padecimiento (Fondo Colombiano de Enfermedades de Alto Costo, 2021).

El discurso biomédico ha planteado que la presión arterial elevada es una de las principales causas prevenibles de mortalidad y carga de enfermedad por padecimientos cardiovasculares a nivel mundial en la mayoría de las regiones del mundo. Como posicionamiento político al considerar la dinámica epidemiológica que generan estos eventos mórbidos, se plantean objetivos globales de mitigación de las cargas de enfermedades no transmisibles. En ese sentido, la Asamblea Mundial de la Salud, en 2013, adoptó uno de sus principales objetivos, el cual hace alusión a reducir la prevalencia de presión arterial elevada en un 25% para 2025 en comparación con su nivel de 2010 (OMS, 2013). Desde este punto de vista, tanto las acciones de rastreo, identificación, prevención, tratamiento y control de la presión arterial, ponen sobre la dinámica del sistema de salud, escenarios familiares y comunitarios, diversos entramados para la provisión de servicios de salud.

Desde la gestión de la salud pública, la OMS y la Organización de Naciones Unidas, han establecido programas conducentes a mitigar el impacto en la mortalidad que genera la presión arterial alta y sus condiciones asociadas, para el año 2025, se propuso disminuir en un 25% la mortalidad prematura por enfermedades crónicas a través de la estrategia 25x25 (Pearce, et al, 2014), un programa liderado por los ministerios de salud de cada país en colaboración con sociedades científicas que abogan, además, por mejorar el acceso a medicamentos para disminuir los riesgos de padecer complicaciones en las personas, aspecto que en Colombia ha presentado limitaciones a través del tiempo. Otras estrategias se han denominado como “Conoce tu Riesgo” y la estrategia a nivel global “HEARTS”.

Con este número de personas diagnosticadas, la provisión de consultas por parte de los cuidadores de la salud, así como fármacos, dispositivos tecnológicos, pruebas de laboratorio, reactivos de laboratorio, exámenes paraclínicos, procesos administrativos, infraestructuras hospitalarias, además de la capacidad técnica de las instituciones de salud, deben fortalecerse a fin de lograr el acceso de las personas a los servicios. Las dinámicas para la entrega de los servicios de salud, están fundados desde el discurso biomédico de la enfermedad, una lógica capitalista que logra movilizar no solo procesos anatómico-fisiológicos y clínicos, sino que, bajo su estructura, se movilizan importantes recursos económicos, transacciones, políticas, estrategias, planes locales de salud, acuerdos contractuales, acciones individuales, colectivas y poblacionales movilizados del discurso de la presión arterial.

En este sentido, el discurso de la presión arterial genera una fuerte carga simbólica basada en la enfermedad, la discapacidad y la muerte que conlleva a inquietantes situaciones en las personas, familias y comunidades para lograr prevenir y evitar las implicaciones de un evento crónico. Es a través de este discurso que se estructuran las formas de identificación, diagnóstico y tratamiento circunscritos en la política pública de salud en los territorios.

2.7 Ajustes a que lleva la enfermedad crónica

El afrontamiento de una enfermedad crónica exige un proceso que implica una serie de ajustes en la cotidianidad de las prácticas de las personas, así como de sus relaciones familiares y sociales, demandando atenciones permanentes en los servicios de salud. Los tratamientos se ven abocados a restricciones en su efectividad por diferentes causas entre las que se incluyen decisiones personales, limitaciones económicas, dinámicas familiares adversas y barreras en el acceso a los servicios de salud. La enfermedad crónica genera deterioro y transformación de la identidad, llevando a crear una situación crítica (Goffman, 2001; Bury, 1982). Bury plantea la generación de disrupciones en las creencias y en el comportamiento natural de la persona, afectando los sistemas explicativos utilizados por las personas y la exigencia de movilización de recursos para hacer frente a los retos que determinan los padecimientos (Bury, 1982).

La enfermedad crónica genera temores relacionados con el daño al cuerpo por causa de la enfermedad, temor al dolor, miedo a la pérdida de la funcionalidad y al cambio de apariencia estética, relacionados con la autonomía, el abandono y la incertidumbre.

(Echeverri en Quevedo, Rueda y Mendoza, 1997). Esa incertidumbre corresponde a una reacción recurrente en las personas con este tipo de enfermedades acompañadas de rabia y culpa, afectando

la relación del médico con el paciente, lo mismo con su familia. El padecer este tipo de enfermedades, genera en las personas responsabilidades para hacer efectiva la terapia, por una parte, ajustar su estilo de vida en términos de su alimentación, práctica de actividad física y limitado consumo de tabaco y alcohol. Por otra parte, el consumo de medicamentos de manera ambulatoria, ambas situaciones por tiempos prolongados. En la medida en que avanza a pasos agitados el desarrollo económico, ha ido en aumento la prevalencia de las enfermedades crónicas. Diferentes autores han asignado como causantes de este aumento a la adopción de alimentación industrializada en función de las dinámicas sociales y económicas que cambian cotidianamente (Dressler y Bindon, 1997).

2.8 La eficacia terapéutica

Ante un panorama que denota alarma para las autoridades en salud pública, el padecimiento de la presión arterial alta logra inquietar a las personas que lo padecen y al sistema de salud el cual debe establecer estrategias a fin de mitigar la situación catalogada como de alto riesgo. Se ha descrito la importancia del tratamiento para el control de la enfermedad no solo desde la percepción de los afectados, sino, de las consideraciones del entorno donde las personas pueden acceder al mismo. En Colombia existen diferentes barreras para lograr este propósito, sin embargo, ¿dependerá únicamente del tratamiento farmacológico y clínico el control de la presión arterial alta?; ¿qué otros matices juegan en ese contexto?

En las dinámicas del tratamiento de la presión arterial alta los fármacos imponen su protagonismo en relación con otro tipo de propuestas terapéuticas que han sido relegadas en un espacio subalterno y supeditadas a los regímenes medicalistas. El peso de lo biomédico encuentra una importante relevancia donde se encuentra circunscrita una burbuja farmacológica (Tizón, 2003). Si bien las formas fármaco céntricas aportan beneficios en el control de los padecimientos, movilizando acciones a través de la atención y el seguimiento de las personas en los servicios de salud, tratan de imponerse a través de un régimen que trasciende el interés del mantenimiento de la salud. El fenómeno de la medicalización ha establecido un contexto ideológico y socioeconómico donde prevalece la eficacia pragmática de los fármacos, subyugando otras alternativas de solución debido al efecto en la inmediatez.

En las consultas de control de la presión arterial alta, la prescripción del fármaco se ha convertido en el principal objetivo, de hecho, en los servicios de salud se disponen profesionales y técnicos realizando acciones como la “transcripción de fórmulas” que, copian y transcriben el

tratamiento formulado por el médico según la cita previa y lograr el acceso a los medicamentos. Este tipo de dinámicas, ha desatado una progresiva simplificación de los procesos de atención, restringiendo la conversación y el proceso comunicativo entre el profesional o técnico de la salud y la persona, limitando la identificación de otro tipo de necesidades o manifestaciones que podrían complicar los padecimientos.

Esta dinámica propia de los sistemas sanitarios, hoy por hoy es un claro producto de la hegemonía de un sistema de salud basado en la biomedicina apuntando al reduccionismo. Por otra parte, se manifiesta una relación de poder, una relación jerárquica, donde el profesional de salud define, en concordancia con parámetros, una tipología de tratamiento que delimita y restringe a la persona, dejando en segundo plano, las historias personales y la subjetividad de los pacientes, limitando espacios de comunicación e interacción médico-paciente. En este encuentro queda restringido lo simbólico, las expresiones de las dinámicas del contexto donde hacen la vida las personas y las dotan de sentido desde lo social, cultural, político y económico.

El establecimiento de las formas farmacológicas depende del diagnóstico otorgado por el médico, quienes son predefinidos en relación con una serie de parámetros preestablecidos entre lo clínico y paraclínico (exámenes de laboratorio y ayudas diagnósticas), donde un modelo médico en el que la expresión clínica, los síntomas, la estadística, la epidemiología y los ensayos clínicos forman parte de un cuadro clínico reconocible y catalogable (Ortiz Lobo, 2013). Esos diagnósticos se encuentran codificados de conformidad con manuales que clasifican las enfermedades (Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems CIE versión 10) definido por la OMS.

Unido a estos movimientos fármaco céntricos, los sistemas de salud abogan para que las personas se ciñan estrictamente al consumo de medicamentos en virtud de las dosis y a la frecuencia establecida por el médico tratante y el equipo de salud hace todo por mantener al “paciente adherido”. Desde esta categoría de adherencia al tratamiento, apoyan acciones pedagógicas donde se movilizan recursos para transmitir pautas a fin de que el paciente pueda seguir recomendaciones y tomar la medicación de manera correcta (Haynes, 1979) insistiendo de manera sistemática para alcanzar la adopción del hábito de medicarse. Estudios como el de Estroff (1985), muestra potenciales limitaciones que afectan la adherencia, incluyendo los efectos secundarios que limitan la continuidad en su consumo. Anota que el inicio del proceso de medicación, requiere asumir un estatus como enfermo, rol que para las personas tienen serias dificultades de apropiar. De otra parte, el inicio del consumo de medicamentos simboliza una falta de control del paciente sobre su propia vida y una dominación externa autoritaria con que está constantemente en conflicto.

Como plantean Kleinman y Csordas (1996), los resultados terapéuticos dependen de la disposición de las personas al llegar a un determinado punto final del proceso respecto a su satisfacción expresada, la cual puede ser de una modalidad baja o elevada y como un cambio favorable o negativo de los síntomas, la patología o el funcionamiento. Hablar del reconocimiento de la eficacia depende desde el prisma donde lo vean las personas involucradas en el episodio de enfermedad, de acuerdo con percepciones, experiencias y motivaciones como producto de su tratamiento.

Se conoce a través de diferentes estudios, el preponderante rol de la biomedicina en la construcción social de la anormalidad, conllevando al control y disciplinamiento social de la población. Desde la anormalidad, se fundamenta la medicalización que ha permeado esferas del mundo social, medicalizando también la vida (Conrad, 1982). Las implicaciones de estas consideraciones hacen que la misma medicina opere desde un sentido controlador (Conrad y Schneider, 1985); encubierto desde un discurso favorecedor de la vida, reproduciendo normas sociales y legales desde el manejo y reproducción de un poder experto y productivo que opera desde la normalización de comportamientos. La medicalización tiene implicaciones en la profesionalización del saber médico monopolizando y regulando las prácticas (Conrad, 1982) promoviendo la construcción social de enfermedades, enfatizando el abordaje del cuerpo de manera individualizada y fragmentada (Le Breton, 1995) limitando la asunción de categorías del cuerpo como social, circunscrito a relaciones simbólicas, sociales, culturales y políticas.

2.9 De las guías y protocolos para la atención de la presión arterial

La presión arterial alta forma parte de toda una estructura de perspectiva biomédica, epidemiológica y clínica. Los profesionales de la salud se basan en guías y protocolos para establecer tratamientos en concordancia con criterios previamente establecidos y las particularidades anatómico fisiológicas que definen a las personas consultantes por el padecimiento. Con la intención de estandarizar conductas de los médicos en un campo donde afloran investigaciones clínico-epidemiológicas y que denotan diferencias en los criterios de tratamiento, emerge una categoría nosológica definida como la medicina basada en la evidencia (MBE) encargada de establecer de manera masiva el uso de guías y protocolos de atención definiendo una relación estrecha entre el agente tratante (profesional) y la MBE. Una guía o protocolo corresponde a una herramienta que define qué hacer, en qué momento, quién y en qué términos, estandarizando así, conjuntos de prácticas, actores y situaciones.

La definición de este tipo de guías, se relaciona con la construcción de una objetividad regulatoria (Cambrosio, Keating & Bourret, 2006) basadas en medidas de estandarización, sistemas burocráticos de regulación, así como criterios de calidad en la atención respondiendo de este modo a un sistema hegemónico duro, más que a dinámicas donde la subjetividad de las personas debería prevalecer. Esta situación conlleva a que las relaciones entre el médico y las personas sean reguladas en la práctica, influenciando la generación de juicios y decisiones de la actividad médica. Las guías ofrecen paso a paso las prácticas a llevar a cabo con el paciente, brinda insumos para clasificar un diagnóstico, pruebas de laboratorio y otros exámenes a fin de clarificar el padecimiento; define los tiempos y medicamentos a brindar al enfermo, entre otros. Tales consideraciones, han sido avaladas por la OMS manifestando que las MBE son “las mejores declaraciones desarrolladas sistemáticamente para asistir las decisiones de los profesionales de la salud y los pacientes sobre el cuidado de la salud más apropiado para circunstancias clínicas específicas” (Field y Lohr 1990: 27). En sí mismas, las guías y protocolos se han convertido en los medios de producir hechos.

La utilización de guías y protocolos generan situaciones controversiales al vincular formas estandarizadas para que los profesionales realicen su trabajo. Adicionalmente, se pone en debate la inclusión de otras instituciones que participan de la construcción de ellas y abogan por intereses económicos y políticos en la puesta en operación de las guías y protocolos, esto es, industrias farmacéuticas y laboratorios (Charlton, 1997). De otra parte, Castel, ha descrito relaciones de poder donde los galenos pueden usar las guías y protocolos a fin de mejorar su estatus en centros de atención en salud y mantener el control sobre las decisiones terapéuticas (Castel, 2009). Asimismo, se ha visto afectada la autonomía del profesional de la salud en el uso de guías y protocolos debilitando su rol (Timmermans y Kolker, 2004).

2.10 Dinámicas de un sistema de salud alimentado desde la estructura neoliberal

Las dinámicas del sistema de salud colombiano y la estructura desde las cuales se moviliza, se encuentran definidas mediante políticas públicas con un fuerte influjo del modelo neoliberal. Las políticas no definen sus dispositivos de intervención de manera autónoma, sino que se construyen de conformidad con un entramado de relaciones de fuerza y poder entre los actores, discursos, agencias e intereses políticos y económicos, así como las luchas sociales dan forma a las personas y a aquellos “problemas sociales” sobre los que se plantean intervenciones desde el Estado. Grassi (2003), plantea que las políticas y la estructura de pragmatismo del gobierno en términos de salud, deberían tomar en cuenta que la materialización de las acciones está circunscrita a una serie de

disrupciones y re interpretaciones y la gestión de las acciones en salud no deben obedecer solo a actividades puntuales o activismos fragmentados de la realidad social, por el contrario, debe ser un proceso (más que planes, programas y proyectos) ligado a la definición del problema y a la constitución de los sujetos involucrados.

El Banco Mundial a inicios de la década de 1990, describió una manera de gestionar las políticas públicas en salud en un informe denominado *invertir en salud*. La manera en que se basaba la propuesta, hacía referencia a la focalización, la eficiencia y la reorientación del gasto público en salud a través de programas que buscaban una contundente eficiencia, además de vincular el discurso a las dinámicas de la gestión sanitaria incluyendo una mayor diversidad y competencia en los procesos de financiamiento en la prestación de servicios de salud incluyendo lo privado y la vinculación del mercado de los seguros.

En medio de la crisis de los años 90, que afectaba de manera desigual y con un énfasis marcado a los países de Latinoamérica, diferentes organismos internacionales financiadores, a través de créditos, vieron la oportunidad de consolidar su poder en los países con bajos ingresos económicos, otorgándole créditos con una condición: que los países implementarán las recomendaciones y los procesos de asistencia técnica para la gestión de salud, de acuerdo con sus modelos economicistas y mercantilistas que, al final lograron, una libre operación del mercado y reducción del Estado en los procesos de gestión sanitaria. Una de estas líneas operativas, se denominó *Consenso de Washington* que abrió la posibilidad de inversión extranjera, privatización y desregularización llevando a cabo diferentes ajustes estructurales de medidas económicas. La atención de la población en términos de salud, se vio inmersa en una serie de cambios desfavorables para resolver sus necesidades sanitarias. Como hubo necesidad de limitar el gasto público, se dio un desmonte desde el Estado colombiano en la provisión directa de servicios de salud. Se incorporó la participación de agentes privados, varias de las acciones a cargo del Estado pasaron a una dinámica mercantilista, a través de la descentralización y la privatización. Estos ajustes generaron diversas limitaciones en la garantía de la provisión de servicios de la población colombiana, inclusive al talento humano en salud que se precarizó por la limitada oferta de servicios, tanto como la infraestructura y los modelos de corte salubristas, que terminaron por limitar el acceso al sistema de salud, disminuir su calidad y oportunidad con serias implicaciones para las personas (Montes, 1996).

El discurso del neoliberalismo y su actividad pragmática, tuvo sus inicios en 1.944, sin embargo, se afianzó en la década del 70 en la escuela de Chicago, donde Milton Friedman y un grupo de “consultores” recorrieron el mundo asesorando gobiernos desde esta ideología incubados desde la banca norteamericana. Ellos insertaron las matemáticas y los procesos computacionales a las

dinámicas financieras, a la academia y también al campo social a través de discursos mercantilistas generadores de desconfianza hacia lo público y por consiguiente hacia lo Estatal. El principio de libertad que se predicaba desde la ideología del neoliberalismo, se relacionaba con un individualismo y egoísmo de las personas y corporaciones, definido por la capacidad de compra y no por un ideal de defensa de la libertad de expresión o de asociación o elección de un propio trabajo (Harvey, 2007).

Esta materialización de las políticas neoliberales, traía consigo complejos resultados que afectaron la accesibilidad a los servicios de salud. Por un lado, se anunciaba que cada persona era responsable de alcanzar su propio y máximo bienestar, así mismo, se responsabilizaba a las personas por su propio cuidado. De otra parte, se rompieron las redes de la solidaridad desde lo social y se afectaron las organizaciones sociales, incluyendo los sindicatos, limitando las luchas por un proceso de salud de cara a los retos de las personas. La incursión del neoliberalismo en en la salud, terminó por afectar su propósito sanitarista, abocando al sistema a la lucha por un poder económico favorecedor de la clase capitalista.

En Colombia entra con fuerza en el campo político las influencias de la Escuela de Chicago, dirigentes políticos apoyados por organizaciones financieras internacionales, lograron permear la estructura estatal para favorecer intereses particulares que terminaron por fomentar el clientelismo y la corrupción (Ahumada 1996). La participación de organizaciones como la fundación Rockefeller, Fondo Monetario Internacional, Banco Mundial, inclusive la OMS y la OPS, participaron en la expansión de mercados de bienes y servicios de salud (programas relacionados con el aumento de la presión arterial y sus aspectos asociados tuvieron una gran cabida en estos entornos), así como también lineamientos de política pública con tendencias capitalistas para la gestión y administración desde seguros y modelos de salud privados que terminan por restringir los preceptos de la salud pública (Waitzkin, 2013).

La ideología neoliberal ha permeado cada espacio del campo social de la salud, hoy por hoy la gestión de los servicios desde lo individual (atención al paciente) y lo colectivo (acciones desde lo poblacional), ha adquirido connotaciones mercantilistas desde el aseguramiento, buscando alcanzar la eficiencia, restringiendo logros desde los procesos de salud y el bienestar. La legislación que gira la dinámica de corte salubrista a una gestión mercantilista corresponde a la Ley 100 de 1993, norma que en la actualidad prevalece a pesar de varias críticas y debates políticos y sociales para derogarla. Este marco normativo se apuntala desde el pluralismo estructurado (Londoño y Frenk, 1997), cuyo propósito es alcanzar la universalidad (toda la población cuente con aseguramiento en salud), sin embargo, la universalidad no es sinónimo de accesibilidad, oportunidad y calidad en la atención, principios de un sistema de salud que aboga por la resolutivez de las necesidades de la población.

El modelo de aseguramiento definió un proceso lucrativo a través de la movilización del sistema, donde los agentes que lo operan gozan de libertades para manejar transacciones y favorecerse. A fin de lograr este cometido, se pone en riesgo la garantía de las prestaciones de los servicios a la población, negando categóricamente las atenciones desde las Empresas Promotoras de Salud EPS (aseguradoras) bajo la premisa del no cubrimiento de un plan de beneficios en salud denominado Plan Obligatorio de Salud (POS). En la práctica de estas aberraciones administrativas, las EPS se enriquecieron con los dineros atracados en sus procesos administrativos. Construyeron sus propios hospitales (Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud – IPS); legalizaron farmacias y la compra de medicamentos e insumos médicos, mercantilizando los procesos de salud. Esta situación llevó a fortalecer la corrupción y el uso inadecuado de los dineros del sistema, abocándose a una crisis donde los más afectados siempre son las personas con necesidades de resolver retos en su salud.

En la práctica, sobre el influjo neoliberal, varias de las instituciones estatales que ejercían la prestación de los servicios fueron desmontadas (seguro social, caja nacional de previsión) y en la nueva dinámica, fueron obligadas a convertirse en empresas (Empresas Sociales de Estado) con una visión de auto sostenibilidad. El talento humano también sufrió las consecuencias en el posicionamiento de esta tendencia neoliberal, al ajustar las formas de contratación, restringiendo sus derechos como trabajadores y sucumbiendo la posibilidad de asegurarse laboralmente a través de formas dignas de inserción en las instituciones de salud. Su manera de actuar y hasta su criterio técnico humanístico, también fue influenciado por las restricciones impuestas por las organizaciones que los contratan, viéndose abocados a restringir el uso de insumos médicos, pruebas de laboratorio y hasta la cantidad de medicamentos requeridos para completar los tratamientos de los pacientes. Las maneras de operar la salud cambian e incursionan diferentes disciplinas a fin de crear perfiles administrativos que, bajo la lupa del mercantilismo, tranzan actividades prevaleciendo intereses económicos insertados en el campo de la política favoreciendo intereses de unos cuantos.

2.11 La presión arterial desde la política de salud en Colombia

La presión arterial se inserta no sólo en dinámicas de atenciones individuales de características clínicas, fisiológicas y anatómicas. Si viramos la mirada a una categoría más amplia y, rastreamos la estructura del sistema de salud, se devela un repertorio de categorías desde la salud pública que definen la operacionalización de varias prácticas definidas en la estructura del Estado con el propósito de materializar los planes, programas y proyectos definidos desde el Ministerio de Salud

para la prevención, mitigación y atención de las necesidades generadas por los eventos relacionados con las enfermedades cardiovasculares.

La presión arterial alta es considerada en Colombia como un problema de salud pública. Es bien sabido que ocupa varios espacios de la cotidianeidad y, a través del discurso biomédico, opera para movilizar generosos recursos económicos, tecnológicos y de talento humano. Los problemas de salud pública corresponden a hechos culturales creados por la acción del hombre, los cuales se especializan a partir de un hecho natural inscrito en el cuerpo, donde juega la construcción de ideas, actores e instrumentos que dan forma a la existencia y reconocimiento de realidades creadas, más que descubiertas (Fassin, 2008). Fassin plantea que la salud pública se dedica a la salud (la clínica a la enfermedad) y a la operacionalización de acciones desde lo colectivo; adicionalmente se dirige al reconocimiento de un bien común y, en ese sentido, se habla de lo “público”. De acuerdo con la perspectiva de un bien común, la salud pública hace inmersión en la política y como tal moviliza procesos organizativos para vivir juntos, compartiendo valores donde un bien superior denominado integridad de los cuerpos y las existencias atañen tanto al grupo y los que la gestionan.

En Colombia, finalizando el siglo XIX y durante la primera mitad del siglo XX, se inició el proceso de institucionalización de la salud pública en el momento en que se configuraba como Estado Nación. Se dio el tránsito del modelo higienista al modelo salubrista (Quevedo, Borda y Eslava, 2004) y se definieron las condiciones para la conformación y oficialización de la salud pública como campo profesional. La salud pública denota un campo de acción interdisciplinar, cuyo objeto de estudio es la salud colectiva, sus formas de comprenderla y abordarla, conjuntamente con una respuesta social organizada mediante la cual una sociedad enfrenta sus retos sanitarios y socio epidemiológicos. El saber de la salud pública se constituye en una praxis social híbrida, donde convergen disciplinas de las ciencias de la salud, la vida, jurídicas, ambientales, sociales y humanas.

Su aplicación se materializa desde ámbitos como salud de la población, desarrollo de herramientas y procedimientos para combatir las brechas sanitarias y mejorar las condiciones de vida, además del accionar social organizado, definidas en marcos institucionales desde donde se gestionan los retos. Desde la posición de Eslava (2004), la salud pública se puede comprender como un campo y, en ese sentido, se “articula saberes específicos, organiza prácticas, confronta intereses y se configura entre luchas de intereses y poderes”. Se disponen, además, los diferentes capitales: económico, social y cultural convertidos en capital simbólico. Es evidente una relación entre las necesidades en salud y las políticas socio económicas de corte mercantilista que necesita de personas sanas para fomentar la producción, configurándose como una actividad ocupacional con la pretensión de alcanzar las condiciones sanitarias óptimas para la población. En la dinámica de la

salud pública, se movilizan juegos de poder entre cada uno de los actores del campo, así como en las posibilidades de agencia que ajustan los juegos y las relaciones dadas entre ellos (subordinación de las personas “objeto” y profesionales de la salud “agentes”).

La salud pública en Colombia tiene una marcada influencia estadounidense, a mediados del siglo XX en el auge de los modelos epidemiológicos y salubristas, varios profesionales del país se formaron en escuelas del país del norte. La Fundación Rockefeller fue una de las instituciones que apoyó la iniciativa de formar el talento humano en salud pública, posteriormente lo harían la UNICEF y la Organización Panamericana de la Salud (OPS). La formación tomaba en cuenta el modelo biomédico y desde el saber médico y otras profesiones, a pesar de considerar los determinantes del entorno que afectan la producción de enfermedad, discapacidad y muerte, las políticas del país no se alineaban en ese mismo sentido. Así que los procesos de atención fueron consolidándose más en el actuar individual, con una fuerte limitación de los determinantes del entorno.

Desde la declaración de Alma Ata en 1978, se incorporó en el modelo sanitario la estrategia de atención primaria de salud. En su discurso, se gestaba la inclusión de la participación comunitaria, la acción intersectorial y la reorganización de los servicios que permitió realizar una adecuación de las formas de gestionar la prestación de los servicios de salud, junto con el proceso administrativo, vinculando nuevos matices en la comprensión de los procesos con dinámicas culturales, políticas, económicas y sociales. Esta incursión de diversidad, permitió vincular antropólogos, economistas y psicólogos que enriquecieron el campo disciplinar.

En los años ochenta, Colombia pasa por serias afectaciones ocasionadas por el coletazo de la crisis económica de los EEUU, influjo que acentuaron las desigualdades sociales en el país. El Banco Mundial y el Banco Interamericano de Desarrollo, vieron una posibilidad de acercarse para el engendramiento de políticas de corte neoliberal y a través de la aplicación de reformas económicas y de salud dejan de lado la perspectiva de la salud pública y la atención primaria en salud floreciente en ese momento. La estructura del sistema de salud, empieza a sufrir más limitaciones de las presentadas (OPS, 2002). Llegaría entonces, desde la perspectiva neoliberal, la Ley 100 de 1993, donde la salud pública opera bajo la lógica del mercado de la prestación de servicios de salud. Esa visión restringe en gran medida la oferta de servicios de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, tanto a nivel individual como colectivo.

La OMS y la OPS al analizar las dinámicas del influjo del mercado en el sistema de salud en Latinoamérica, lanzaron una iniciativa denominada *la salud pública en las Américas* que redefinió el ejercicio de la salud pública en el país. Plantearon es ese entonces, gestionar la política de salud

desde las funciones esenciales de la salud pública que incorporaba, además de la prestación de los servicios, estrategias para su fortalecimiento contextual e integral analizando categorías como el diagnóstico; evaluación, análisis y seguimiento de la situación de salud; la vigilancia en salud pública; investigación, control de riesgos y daños; la promoción de la salud; la participación de los ciudadanos; desarrollo de políticas y capacidad institucional de planificación; junto con la gestión en materia de salud pública; el fortalecimiento de la capacidad institucional de regulación; y fiscalización; la evaluación y promoción del acceso equitativo a los servicios necesarios; el desarrollo de recursos humanos y capacitación en salud pública; la garantía y mejoramiento de la calidad de los servicios individuales y colectivos; la investigación y reducción del impacto de emergencias y desastres. Estos elementos para la gestión de la salud fueron acogidos por el sistema de salud y las escuelas de salud pública, sin embargo, sus desarrollos han sido limitados al prevalecer una dinámica mercantilista, donde su interés principal es la rentabilidad económica sobre la social.

2.12 Una carta política para movilizar acciones de prevención y atención de la presión arterial

El Plan Decenal de Salud Pública 2012 -2021, la carta política de la gestión en salud en Colombia, define líneas estratégicas y herramientas para la operacionalización de actividades de gestión de salud pública y prestación de servicios, dirigidos a mitigar los potenciales daños ocasionados por la presión arterial alta. El plan establece tres líneas operativas: la promoción de la salud, la gestión del riesgo y la gestión de la salud pública, como insumos para materializar la política a nivel de las regiones y los municipios. El plan decenal se estructura desde diez dimensiones, ocho prioritarias y dos transversales. Una de las dimensiones prioritarias hace referencia a *Vida Saludable y Condiciones No Transmisibles*, definidas como

“El conjunto de políticas e intervenciones sectoriales, transectoriales y comunitarias que buscan el bienestar y el disfrute de una vida sana en las diferentes etapas del transcurso de vida, promoviendo modos, condiciones y estilos de vida saludables en los espacios cotidianos y la atención integral en salud...” (Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021, Minsalud 2013: 76).

Como propósito, plantea la promoción, desarrollo e implementación de una agenda transectorial que vincule políticas de salud en todos los sectores, reducir factores de riesgo modificables, fortalecer la capacidad de gestión de los actores de salud, además de vigilar, monitorear social y económicamente las políticas e intervenciones en salud pública. Las metas se

definen en el incremento de coberturas de detección de enfermedades no transmisibles; aumento de la disponibilidad de medicamentos; reducción de la presión arterial en los mayores de 25 años; reducción de los niveles de colesterol total; mantener personas sin enfermedad renal causada por presión arterial alta o la diabetes y reducir la mortalidad por enfermedades no transmisibles.

La vinculación de estrategias para operacionalizar las metas propuestas, se relaciona con la implementación de normas, políticas y planes en salud cardio cerebro vascular e implementación de guías y normas técnicas en la detección temprana de las enfermedades no transmisibles; tamizajes poblacionales de enfermedades no transmisibles; inclusión de tecnologías de la información y la comunicación; junto con la inspección y vigilancia de los eventos. Se dispuso de una guía de práctica clínica para la atención de la hipertensión arterial primaria que en su primera página se lee: *Desarrollo de recomendaciones para la prevención, diagnóstico, tratamiento y seguimiento de personas con Hipertensión Arterial Primaria, basado en la evidencia.*

La gestión de las acciones tiene dos componentes: por una parte, la prestación de servicios individuales, actividades llevadas a cabo en la cotidianidad de los hospitales de baja complejidad, consideradas como el primer contacto del sistema de salud con la población; de otra parte, el desarrollo de acciones colectivas donde se operacionalizan los planes de salud pública de intervenciones colectivas, proyectos que complementan el actuar de las acciones individuales dirigidas a toda la población.

La estructura del plan decenal, guarda relación con un enfoque basado en procesos. Se han definido responsabilidades por cada actor en salud para la operacionalización de las actividades, entre ellos, las Gobernaciones (Departamentos) a través de la Secretaría de Salud del Departamento (intervención regional); las Alcaldías Municipales y su Secretaria de Salud Municipal, encargada de gestionar prácticas en el nivel local; las Empresas Promotoras de Salud EPS o aseguradoras en salud; los hospitales o Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud IPS o también denominadas Empresas Sociales del Estado (públicas); y las personas, familias y comunidades.

El Departamento del Cauca, políticamente está conformado por 42 Alcaldías y una Gobernación. Igual número de Secretarías de Salud componen la institucionalidad para la gestión de la salud pública. En cada Entidad Territorial, se dispone de un hospital de baja complejidad de carácter estatal, pero que opera bajo la lógica de la oferta y venta de servicios de salud. Otras IPS de carácter privado se pueden encontrar en el municipio complementando atenciones, de acuerdo con la demanda de las personas. 12 EPS se encargan de gestionar el riesgo en salud de la población en el

departamento. Para el año 2020, de cada 100 caucanos y caucanas, aproximadamente 97 estaban afiliados a una aseguradora, ya fuera del régimen contributivo o subsidiado.

Al referirse al régimen en salud, existen varios tipos de aseguradoras en Colombia. Por una parte, las del régimen contributivo, encargadas de la afiliación a la población económicamente activa, sus asegurados aportan mensualmente al sistema una prima en pesos y su monto se define en virtud de la cantidad de ingresos percibidos por el afiliado. Este pago de la prima no es opcional y supone para el trabajador colombiano que gana un salario mínimo o más, la realización de estos aportes. Por otra parte, las EPS del régimen subsidiado, se encargan de gestionar el riesgo de la población denominada como *“pobre sin capacidad de pago”* que accede a la afiliación en salud a través de subsidios que, apelando al principio de solidaridad, las personas con capacidad de pago subsidian la atención de los que no la tienen. Vale la pena aclarar que, a partir del año 2011, entre el régimen subsidiado y contributivo no existen diferencias en la oferta de servicios de salud, en otras palabras, todas las personas tienen derecho a utilizar los servicios del mismo portafolio independientemente del régimen de afiliación en el cual se encuentran. Las fuerzas militares, Ecopetrol, el Magisterio y algunas Universidades públicas, son entidades con un régimen de excepción, manejando de manera autónoma los procesos de gestión en salud.

Las Alcaldías Municipales, a través de las Secretarías Municipales o Locales de Salud, se les ha encomendado gestionar la salud pública en su territorio, a través de un marco normativo nutrido, donde sobresale la Resolución 518 de 2015, la cual define 13 procesos para la gestión de la salud pública. En esta norma los lineamientos son estrictamente de carácter técnico y a través de estos se movilizan los procesos de atención individual, así como colectivos. Un aspecto relevante está dado en los procesos de inspección, vigilancia y control, un ejercicio de las Secretarías de Salud Municipales a realizar a todos los actores en salud presentes en lo local (EPS, ESE, IPS), sin embargo, como expresa Suárez (2017), hay un débil ejercicio de la autoridad sanitaria en torno a la exigencia de las Alcaldías en la materialización de la norma, respecto de las atenciones en salud que se dirigen a la población.

La Secretaría de Salud del Departamento, como autoridad sanitaria del orden regional, se le ha asignado definir los criterios de la operacionalización del sistema de salud en su departamento y hacer valer los derechos de las personas en el proceso de implementación de la política pública sanitaria, no obstante, existen limitaciones en materializar este rol debido a las fugas de responsabilidades y restricciones de orden jurídico para exigir a los otros actores en salud, la aplicación de la norma, en concordancia con los criterios establecidos.

Sobre la dinámica de este marco normativo y estratégico, se movilizan en la cotidianidad acciones para prevenir y atender las contingencias y necesidades generadas a causa de la presión arterial alta que, en el país, se asume como una connotación de problema de salud pública, en ese sentido, emerge desde la política pública, una estructura que le asigna roles y responsabilidades a los actores en salud a fin de alcanzar los propósitos de los planes nacionales, regionales y locales de salud para atender los requerimientos que el padecimiento demanda.

Capítulo 3. Construcción de la presión arterial en los campos de información individual, familiar y comunitario

3.1 Construcción de la presión arterial en el campo de información individual

En este capítulo se describe prácticas, ensamblajes y materialidades que dan forma al objeto presión arterial en los campos de información de la persona como sujeto individual, como integrante de una familia y como parte de un entramado comunitario.

3.1.1 Tejiendo en La Casa Grande: ajustes y desajustes a que lleva una intrusa

“...hijo, hoy me siento como raro, parece que se me subió la presión ...” (SSA, 2019).

En varias ocasiones escuché la frase “se me subió la presión”, inmediatamente después, las personas le terminaban por atribuir alguna sensación de malestar a este hecho. Es frecuente oír que la presión arterial se sube, o se baja y, en el momento en que se altera ese estándar de 120/80 milímetros de mercurio (mm/Hg), algo se manifiesta en la cartografía corporal. Sentir mareo, agitación, falta de aire, sudoración y ansiedad, puede ser el resultado de que las cosas con la presión arterial no vayan del todo bien.

Mi padre, Libardo, un hombre de 78 años, ha lidiado con el padecimiento de la presión arterial alta por más de diez años. En su cotidianidad tiene presente realizar varias prácticas como tomar los medicamentos tal cual como el médico se los recetó. Cada mes alista sus documentos para ir al hospital²¹ sin antes haberse percatado de tomar los exámenes del laboratorio clínico para que el médico pueda analizar cómo va su fisiología. Después de cada encuentro con su médico, cuenta que todo va bien; que la presión está controlada; que ha sido “muy juicioso” en la adopción del tratamiento y en acatar las recomendaciones; de seguir así, no tendrá complicaciones de su corazón o sus riñones, su agudeza visual o sus oídos, en ese sentido, se mantendrán como ahora: saludables.

“La casa de los padres (la casa grande) refugio de la familia, se siente apacible y tranquila. Libardo y Trinidad alistan documentos, preguntan si todo está en orden, si hace falta algo para evitar que les devuelvan del hospital de su cita de control de la

²¹ El sistema de salud colombiano denomina a los hospitales como Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS). Los hospitales públicos desde el año 2000, producto de la reforma del sector salud generada por la Ley 100 de 1993, sobre el modelo de aseguramiento los transformó en Empresas Sociales del Estado, esa connotación está en línea con la mirada mercantilista del sistema.

presión arterial. Trinidad le pregunta a Libardo si todo está bien, le recuerda comentarle al médico todas las molestias en el último mes, debe evitar quedarse callado porque eso es una información que el médico debe saber. En el bolsillo de la camisa le pone la cajita de los medicamentos que toma por sí, al doctor se le ha olvidado lo que está tomando. Le insiste en las respuestas adecuadas a las preguntas de los médicos, así como contarle que a veces se pasa con la sal y aún no ha dejado el vicio de la sopa. Le recuerda reclamar las fórmulas de los medicamentos y los exámenes de sangre para la próxima cita. Libardo asintiendo le contesta: tranquila, ya me sé todo ese cuento, de hacer esto cada mes, la memoria no me traiciona, le diré que he estado muy juicioso y que todo me ha sentado muy bien, él siempre me felicita” (Notas del diario de campo, 2019).

Conversar con mi padre me resulta agradable, es una persona tranquila, se le siente su buena energía y siempre se le dibuja una sonrisa en su rostro. Es un buen conversador y cuenta sus historias detalladamente (varias de ellas ya las he escuchado), su discurso es metafórico, para recrear diferentes escenarios que los vuelve mágicos con sus apuntes y, en ocasiones, exageraciones dándole vida a sus relatos. Alguna vez lo abordé para preguntarle cómo le iba con el padecimiento de la presión arterial; su tratamiento y controles; cómo se sentía con lo que el médico le estaba formulando. Sus respuestas fueron alentadoras, de acuerdo con lo que iba escuchando:

“Vamos bien, yo realmente no siento nada de dolor ni malestares; me cuido en la comida y le hago caso a Trinidad en lo que ella me dice; todos los exámenes me han salido bien, sin embargo, no entiendo por qué sigo tomando droga si estoy bien. Eso sí que no lo entiendo” (Notas del diario de campo, 2019).

Relataba limitaciones en su recuperación como *“yo no me siento enfermo y aun así, sigo pegado del seguro social y la droga”*. En ese instante le miré a su cara, alcanzaba a apreciar una postura de inconformidad. Se preguntaba, si no sentía dolor, signos o síntomas de un padecimiento²² concreto, ¿por qué seguía consumiendo medicamentos? Si estaba tan pendiente de

²² Como señala Good y Kleinman (1999), el concepto de padecimiento se encuentra relacionado con la enfermedad, corresponde a una experiencia vivida en su totalidad y se salvaguarda en su dimensión subjetiva, tratando de explicar cómo la persona vive con su enfermedad.

De otra parte, Martínez (2002) lo ha descrito como un “fenómeno social cambiante de naturaleza subjetiva, en el cual los individuos enfermos y los integrantes de su red social cercana perciben, organizan, interpretan y expresan un conjunto de sentimientos, sensaciones, estados de ánimo o emociones, sensaciones corporales, cambios en la apariencia física, alteraciones en los sentidos, y una serie de eventos ligados y derivados del padecimiento y de su atención, todo ello, en el marco de las estructuras, relaciones y significados sociales que lo determinan y moldean” (Martínez 2002: 114) . En este sentido, en el propósito de explorar los padecimientos que encarnan las personas con una enfermedad determinada, se deben circunscribir varios aspectos para su indagación: por una parte, la dimensión de las manifestaciones físicas o síntomas

sus controles, exámenes y varias rutinas de su cotidianidad, ¿por qué debía mantenerse pendiente del tratamiento de la presión arterial? Así las cosas, decidí hacer inmersión y preguntarle de situaciones más allá de consideraciones terapéuticas y de las mediciones de la tensión que ocasionalmente le hacía. Con asombro empecé a escuchar ciertas incongruencias y debilidades desde la lógica de la biomedicina, las cuales poco se resolvían con las respuestas de este campo social. Aparecieron descripciones propias que no estamos acostumbrados a escuchar los cuidadores de la salud²³ porque vivimos sitiados por dinámicas asistencialistas y discursos hegemónicos²⁴, donde hablar de manera “coloquial”, puede llegar a parecer “poco técnico” si quien lo menciona, es un profesional de la salud.

Fue así como le solicité si era posible participar de una investigación que estaba realizando; se trataba de una temática relacionada con la presión arterial. Le hablé de etnografía; de las prácticas; de las experiencias de muchas personas con quien había conversado. Se quedó mirándome, frunció el ceño y, con una baja intensidad de su voz, me respondió: *“¿y por qué yo?, eso creo que no se puede porque usted es mi hijo y, en las investigaciones, yo entiendo que uno no se debe meter con la familia porque le descalifican las tesis”*. Ante esta advertencia, le expliqué detalladamente la pretensión del estudio, junto con los criterios utilizados para lidiar con esas implicaciones de las “ciencias duras”. Realmente no me fue difícil conversar con Libardo del tema, de una misma forma metafórica, le expliqué mis propósitos del ejercicio académico y le dilucidé mis ideas. Regresó su cara de emoción y me respondió rotundamente: *sí, si le soy de ayuda, pues cuente conmigo para lo que necesite*.

(disease); por otra, la dimensión de las interpretaciones y significados para la persona que lo está viviendo (illness); y por último, las interpretaciones y significados que se encuentran asociados a la enfermedad son vividos como una experiencia socialmente constituida basada en la intrasubjetividad e intersubjetividad de las personas que se encuentran en un contexto cultural determinado (sickness).

²³ Utilizaré la denominación de cuidadores de la salud a las personas que nos formamos como profesionales o técnicos en programas de ciencias de la salud, asumiendo el cuidado como un proceso que trasciende las meras designaciones paradigmáticas de la prestación de los servicios sanitarios.

²⁴ El concepto de hegemonía que describió Gramsci, hace referencia a la forma de dominación propia de las sociedades complejas, a través del control de las ideas, del consenso, más que mediante el uso de la fuerza (Feixa, 1994; Gramsci, 1981).

Eduardo Menéndez (1988), plantea que lo hegemónico, requiere que ciertos modelos de salud subalternicen ciertas prácticas sin eliminarlas; debe entenderse y analizarse en las condiciones históricas en las cuales operan atendiendo a la relación con otros modelos, prácticas y discursos con los cuales dialoga, se nutre y también nutre. La hegemonía definitivamente no obedece a un requerimiento que se da de manera unilateral, se construye con todos aquellos modelos que participan del proceso (cuidadores de salud, las personas, las instituciones del Estado, entre otros) posicionándose como “el legítimo” estableciéndose como un “saber” por encima de otros y cuya “expansión y burocratización” establece formas de exclusión y de organización social abogando por una homogenización continua.

Decidí entonces iniciar mi inmersión en la *casa grande* - la casa de mis padres - mi diario de campo empezó a nutrirse de diferentes composiciones que previamente no había tenido la posibilidad de percibir, analizar, sentir y debatir. Los diálogos con Libardo trazaron líneas en el rastreo de las prácticas desde la cotidianeidad, poco a poco se sumaron elementos para acoplar mi mirada técnica hacia una mirada de connotación empírica para afinar las lentes que iban a acompañar el proceso de estudio en los escenarios donde me había visualizado.

Libardo asume su padecimiento como resultado de un evento que cambió su vida. Recuerda que *la presión arterial se le subió*, meses después de ocurrir un suceso catastrófico en su familia, donde le costó la vida a su hijo llamado con el mismo nombre, Libardo Alfredo. Indica que poco a poco, en la medida que pasaba el tiempo y la pérdida se sentía más fuerte, así mismo, era el nivel de ansiedad. Por consideraciones con su familia, consultó al médico general del seguro social (EPS)²⁵ quien logró identificar, a través de la toma de la presión arterial, cifras elevadas. En un primer encuentro, el médico le comentó acerca de los riesgos de su edad, así como el suceso acontecido de la pérdida de su hijo. Estos asuntos fueron configurados como probables causas del aumento de la presión. La conducta inicial del médico, hizo referencia a practicar exámenes de laboratorio a fin de identificar parámetros de normalidad; por otra parte, le “ordenó” practicarse un “afinamiento”²⁶. Un afinamiento consiste en tomar en la mañana y en la tarde la presión arterial entre cuatro y siete días; estas cifras se promedian (se descartan los datos de las dos primeras tomas); si los resultados corresponden a una cifra igual o mayor de 139/89 mm/Hg, el cuidador de salud considera que la presión arterial está elevada en un estadio I; por otra parte, si la cifra es igual o mayor de 150/95, la presión arterial que se ha elevado, se encuentra en un estadio II, y así sucesivamente.

En la consulta siguiente, el médico al percatarse del resultado del afinamiento de Libardo y las cifras de la presión arterial por encima del parámetro de normalidad, examina los resultados obtenidos de las pruebas de laboratorio, entre ellos, parcial de orina, creatinina, triglicéridos, colesterol, nivel de azúcar en sangre y el hemograma. Parece que los hallazgos muestran algunas

²⁵ En el sistema de salud colombiano el “seguro social” hace referencia a entidades aseguradoras en salud o, Empresas Promotoras de Salud (EPS) encargadas de la gestión del riesgo de la población afiliada. Una de sus funciones hace alusión a contratar a instituciones prestadores de servicios de salud (IPS - hospitales) para garantizar el proceso de atención a las personas que demandan servicios.

²⁶ El afinamiento es una práctica común en los servicios de atención en salud. Esta fue una estrategia de la Organización Mundial de la Salud en los años 70 y 80 para conocer las cifras de presión arterial en el consultorio de atención primaria. Si bien la terminología para designar esta práctica ha cambiado hace más de 30 años (hoy día se conoce como monitoria en casa de la presión arterial), aún se conserva la denominación entre las personas y los cuidadores de la salud.

desviaciones fisiológicas²⁷. Con estos elementos (materialidades), el médico se permite realizar contrastes e interpretaciones frente a parámetros de normalidad y basado en el protocolo de atención de la “hipertensión arterial” procede a comunicarle al “paciente”²⁸ la situación actual por la que atraviesa su proceso de salud. Con los datos obtenidos en la historia clínica, incluidas algunas variables sociodemográficas; antecedentes personales; antecedentes familiares; medidas antropométricas; motivo de consulta; revisión por sistemas (examen físico); diagnóstico (pueden ser varios); una conducta de tratamiento y recomendaciones en concordancia con los hallazgos, se configura una clasificación de signos y síntomas y se establecen diagnósticos de acuerdo con codificaciones internacionales.

La cifra se constituye en una entidad dotada de agencia por cuanto determinará el parámetro con el cual se procede a contrastar los resultados de la presión arterial. Todas las personas entrevistadas reconocen la capacidad de la cifra para movilizar las atenciones en el sistema sanitario. A partir de la interpretación numérica, se generan varias prácticas que van a permitir el contacto entre las personas afectadas con los cuidadores de salud, así como con los procesos administrativos y asistenciales ofertados por el sistema sanitario. Producto de las movilizaciones que desencadena la confirmación de las desviaciones numéricas tensionales, la presión arterial asume una versión como una cifra, capaz de generar temor en quien se midió y, perspectivas terapéuticas en el médico tratante; posibilitando la vinculación de un nuevo “paciente” al entramado de prácticas establecidas en los protocolos de atención clínica enrolándolo en la política pública sanitaria para incentivar el consumo de servicios de salud y todo lo que significa las demandas potenciales de un “paciente” en términos de la provisión de insumos, bienes y servicios del que se alimenta el proceso asistencialista sanitario. La cifra es el paso técnico que define la transición entre lo normal y lo patológico, de manera que no funge solo como una simple medición.

A partir de la cifra, se van configurando varias prácticas, de acuerdo con el grado de desviación de los milímetros de mercurio que dio como resultado la medición de la presión arterial. Con esta información y el resultado de los exámenes paraclínicos, el médico analiza los diferentes hallazgos y establece sobre la base de parametrizaciones, el grado de afectación de los niveles tensionales y procede a configurar la conducta a seguir con la persona afectada. Entre otras cosas, le

²⁷ Descripciones tomadas de la historia clínica que Libardo guarda entre sus documentos hospitalarios.

²⁸ El concepto de “paciente” se refiere a personas que han sido objetivadas, que esperan de manera pasiva e indefinida lograr ser atendidos, ser intervenidos. Esta denominación trae implícita una condición que imposibilita su consideración como personas autónomas, con capacidad de decisión y participación.

menciona que *se le ha subido la presión arterial* y a partir de ese momento un “rótulo” es asignado al ahora “paciente”: usted tiene la presión arterial alta, usted es “hipertenso”.

Libardo en uno de sus relatos, hace notar que ese día lo *“bautizaron como hipertenso”*²⁹. Según el protocolo, la persona³⁰ se configura como un paciente susceptible para el establecimiento de tratamientos consistente en varias prácticas. Por una parte, la instauración del consumo de medicamentos acorde con la configuración clínica, los hallazgos fisiológicos y el tipo de presión arterial alta. De otra parte, lograr el ajuste de “los estilos de vida saludable”: realizar actividad física, alimentarse de manera saludable, eliminar el consumo de sal, no fumar y limitar el consumo de alcohol en exceso. Por último, mantener una continua comunicación e interacción con los servicios de salud, más precisamente, asistir cada mes al control para identificar el comportamiento tanto de las cifras tensionales, la adopción de hábitos saludables y valorar la adherencia al tratamiento.

La promulgación de una categoría diagnóstica y la asignación a las personas (rótulo), pasa por la vinculación de diferentes materialidades que transitan por el discurso de la biomedicina como constructo técnico científico. El diagnóstico es descargado sobre la persona en aquel espacio de paredes blancas (consultorio) donde la hegemonía moderna materializa su poder. En este escenario, los sujetos trascienden de ser personas a ser pacientes. Es decir, a través del discurso biomédico, se establece un rótulo para modificar las especificidades fisiométricas del cuerpo y, por consiguiente, transformarlo y develar su susceptibilidad de ser intervenido con acciones biomédicas por parte de todos los actores del entramado sanitario. El propósito es volverlo dócil y de acuerdo con ciertos parámetros para modificarlo, intervenirlo y tratarlo, a partir de prácticas preventivas, diagnósticas, de tratamiento y rehabilitación. De este modo, la presión arterial emerge como otra versión en el entramado de este campo de información, erigiéndose como un rótulo. El rótulo funciona como el “pase” de acceso al escenario clínico y la señal que el cuerpo necesita intervenciones biomédicas para lograr su estabilización fisiológica.

Dando un paso más allá, la apreciación de la cifra y complementos informativos evidenciados por los exámenes de laboratorio, los antecedentes familiares y personales, además de

²⁹ La asignación de “etiquetas” en las personas específicamente como hipertensos podría generar una sensación de miedo y aflicción y considerar como enfermedad grave el caso de la presión arterial alta. Haynes (1979) mostraba las consecuencias psicológicas negativas que dejaba la asignación de este rótulo en las personas.

³⁰ El concepto de persona hace referencia a una unidad somato-psíquica-social conformada por una serie de creencias, valores y costumbres, estrechamente vinculados con la sociedad y la cultura, lo cual condiciona su manera de interpretar y expresarse ante situaciones como la enfermedad (Martínez, 2002).

las medidas antropométricas; llevan a la configuración de un diagnóstico³¹ de acuerdo con los hallazgos particulares de cada persona. Un diagnóstico es el producto del acto médico que conlleva a la clasificación de las personas para ser tratadas por los profesionales de la salud, a través de un modelo médico donde los síntomas y su manifestación clínica hacen parte de un cuadro clínico reconocible y catalogable (Ortiz-Kobo, 2013). El diagnóstico es una entidad promulgada como forma de ordenamiento con la que se define intervenciones y procedimientos, sobre la base de necesidades de la perspectiva biomédica. Es utilizado como una herramienta de la medicalización definiendo fronteras entre lo normal y lo patológico, destacándose en la biopolítica, la dinámica social y cultural, así como en las prácticas de salud.

La recolección de evidencias para promulgar el diagnóstico, convoca a varios actantes, entre ellos la sintomatología, los exámenes de laboratorio, el afinamiento, los antecedentes familiares y personales, la herencia, el comportamiento, la vinculación de prácticas saludables cotidianas, entre otros, estableciendo, a través de referentes biomédicos riesgos individuales. En virtud de las cifras tensionales, se ubica a las personas en una categoría diagnóstica que permitirá establecer un tratamiento farmacológico, además de lineamientos para el autocuidado. De este modo, el diagnóstico se configura en una versión de la presión arterial, con una impresionante capacidad de agencia para movilizar diversas materialidades y actantes, junto con la construcción de redes socio técnicas que subsume el sistema de salud a las dinámicas cotidianas de las personas. En ese sentido, se justifica el acceso al cuerpo y se reivindica sus procesos anatomofisiológicos, a través de una serie de prácticas que, no solamente involucran a la biomedicina, sino a los campos sociales donde se hace la vida.

³¹ El diagnóstico define formas de operación del sistema de atención en salud; construye la enfermedad y sus formas de organización, estableciendo maneras de tratamiento, predicción de resultados y marcos explicativos. Este carácter estructural, modifica la posición de las personas y lo que antes se percibía como un síntoma o un signo, se encuadra en una enfermedad objetiva, legitimada social, jurídica y culturalmente. La asociación de manifestaciones sintomáticas con un diagnóstico, genera un proceso de interacción desde diferentes dinámicas sociales, en las cuales hay inmersos conflictos, tensiones, miedos, perspectivas, que afectan al sujeto y su familia. El diagnóstico se convierte en una categoría de dominio simbólico en el que confluyen saberes y representaciones que no obedecen sólo a manifestaciones de tipo clínico; por el contrario, se crean interacciones y negociaciones entre el cuidador de salud y la persona, además de entablar negociaciones asimétricas donde el paciente se encuentra en una posición de inferioridad.

Las dinámicas que demarca el diagnóstico y su capacidad totalizadora y de encuadre desde el saber médico hegemónico, sufre el riesgo de relegar del proceso de atención de la subjetividad de las personas y sus representaciones del mundo social. En ese sentido, es como si se tratara al diagnóstico sin considerar las categorías sociales que lo acompañan, limitando causas y determinantes que pueden existir más allá. Surge de esta manera, una situación homogeneizante y singularizante que pierde de vista perspectivas subjetivas. Se crean distancias entre el cuidador de salud y la personas; se definen roles y juegos de poder, donde el carácter biomédico determina las conductas. El diagnóstico entonces establece jerarquías distinguiendo poderes legitimados y no legitimados (Foucault, 1975). Belloc (2010), plantea que en el momento que las personas se circunscriben en un diagnóstico, se insertan en un proceso de deshistorización en el que se invalida su experiencia, se niega su historia y su lugar en el mundo se coloca en riesgo.

El establecimiento del diagnóstico hace una clasificación de las personas, se manifiesta como una manera de ordenamiento que habilita la ejecución de acciones y procedimientos, estableciendo una herramienta de medicalización, trazando fronteras entre lo normal y lo patológico generando afectaciones en las lógicas de la dinámica social y cultural, así como político, al definir maneras de operar los sistemas sanitarios a través de la predicción de resultados, formas de tratamiento y marcos explicativos de los fenómenos, legitimando social, jurídica y culturalmente enfermedades objetivas. Así las cosas, la presión arterial como diagnóstico alude a una versión de dominio simbólico donde convergen saberes y representaciones.

La adopción del diagnóstico en las personas puede derivar en diferentes emociones, vivencias y adopción de prácticas diversas. Para algunos puede conducir al miedo, ansiedad, angustia, estrés, sin embargo, para otras personas puede ser un aspecto tranquilizador, al conocer de qué se trata determinada enfermedad. De otra parte, puede llevar a construir una nueva identidad donde se dé paso a subjetividades que les permitan acomodarse de mejor manera a la realidad actual. Adicionalmente, puede llevar a un estigma, una etiqueta de la persona (Becker, 2018) como enferma, aspecto que provoca el ajuste de las dinámicas de su vida y desajustes de las dinámicas sociales. De este modo, los diagnósticos no solo se circunscriben al ámbito biomédico, sino que trasciende lo biológico y se moviliza en el proceso social (Goffman, 1998) transformando escenarios de la cotidianidad generando diferentes interconexiones, las cuales darán paso a la obligada inserción en la dinámica del sistema de salud hegemónico.

Asimilar que *“sentir cansancio en el corazón, ahogo y sentirse cansado”* como manifestación corporal, sería el resultado de ser catalogado como paciente con presión arterial alta (*enfermo crónico*) tiene sus complejidades. Libardo al inicio recuerda sentirse triste pues, al trascender de estar “sano” a ser considerado como un “enfermo”, a pesar de no manifestarse signos ni síntomas corporales, era poco entendible. Había insatisfacción consigo mismo dado que, de acuerdo con la información brindada por el médico, *“... uno tiene la responsabilidad de estar enfermo o estar sano...”* y percibía que, por sus desórdenes en la alimentación, el consumo de sal y limitarse en la práctica de actividad física, así como no asumir un duelo “como se debe” por una pérdida de un familiar, era producto de hoy estar enfermo. Una pregunta formulada con frecuencia era, ¿por qué estoy enfermo si no siento nada?; no me siento mal, ¿por qué la presión se subió?; ¿Qué hago para bajarla? Las respuestas a esas preguntas no se lograron resolver en el espacio del consultorio; en 15 minutos, tiempo que dura la consulta, realmente hay poco lugar para aclarar esas dudas.

De regreso a casa, empezó a sentir que la presión se le estaba subiendo “*de verdad*” al culminar la conversación con el doctor. A la mente se le vinieron varias imágenes de personas enfermas y pensó de inmediato en el infarto; una complicación que puede inducir a la muerte por un aumento considerable de la presión arterial. Se sentía aún más preocupado, por ahora morir no estaba en sus designios. Pensaba y re pensaba, qué y cómo le iba a decir a su estimada compañera de vida y a sus hijos acerca de lo que estaba ocurriendo. De manera jocosa, después de sentir tanto miedo, creó una metáfora a fin de disminuir esa ansiedad producida cuando le hacen preguntas como: Libardo, ¿cómo le fue donde el médico?; ¿le dijo todo lo que sentía? Con el valor que le caracteriza, la respuesta dada fue que llevaba con él una *intrusa*. Una vez había conversado con el doctor y al confirmarle su presión elevada, esta situación le haría cambiar su vida porque debía hacer modificaciones y “vivir con ella” tal vez para siempre, por cuanto la presión alta no tenía cura. Así que, al responder la pregunta acerca del ¿cómo le fue?, manifestó: “... *más o menos, traigo conmigo una intrusa que, de ahora en adelante, vivirá con nosotros...*” (Diario de campo, 2019).

La alteración de la presión arterial es asumida como un evento extraño, ajeno, externo a la cotidianidad de los escenarios donde se desenvuelve la vida, es decir, se cataloga como una intrusa. Al considerarse como ajena a la cotidianidad y al ingresar al hogar un nuevo miembro, un nuevo inquilino, otro habitante que será parte de la familia, exige la puesta en escena de diversas prácticas y una aceptación del tránsito de una entidad sinónimo de vida (tener presión arterial es estar vivo), hacia la configuración de una entidad de carácter amenazante. A la presión arterial como intrusa le interesa ser el punto de referencia para el cuidado de la salud y fungir como categoría a fin de lograr consolidar los propósitos del sistema de salud, en la provisión continua de servicios de atención y el consumo de fármacos, así como servicios técnicos, profesionales y especializados. En este sentido, surge una versión de la presión arterial como intrusa que establecerá dinámicas propias de la cotidianidad para su mantenimiento en condiciones de normalidad.

Un aspecto contradictorio en este padecimiento respecto de otras enfermedades, se relaciona con la imperceptibilidad de signos y síntomas en la mayoría de las personas diagnosticadas³², tal como lo relata Hernán, un hombre de 63 años que lleva con el padecimiento seis años “[...] *la presión no se siente, estoy enfermo, pero no siento nada...* (SSA, ET 011). El diagnóstico se construye a través de la toma de la presión arterial y la evaluación de desviaciones fisiológicas descritas en los exámenes de laboratorio y la valoración de riesgos establecidos de

³² La imperceptibilidad de signos y síntomas se ha descrito como una situación que lleva a que las personas se sientan menos motivadas a continuar con los tratamientos (Kardas, et al., 2013).

acuerdo con la valoración de la anatomía (peso, talla, perímetro abdominal). Esta característica del padecimiento, suscita incongruencias en la instauración del tratamiento, el seguimiento y el ajuste de los estilos de vida. Varias de las personas asumen la terapéutica indicada con ciertas dudas, pues solo estaría basada en una hipótesis que algo ocurre al interior del organismo. Sin embargo, sostenerse desde ese argumento en las realidades de la cotidianidad, pasa por varias dificultades que las personas deben poner en consideración en el entramado de prácticas y decisiones para materializar la vida. Ese juego de decisiones está apoyado por el nivel de conocimiento de la enfermedad³³, los riesgos que la generan, así como las complicaciones que se producirían en el caso de no asumir la terapéutica.

Desde la biomedicina, la falta de percepción de signos o síntomas, actualmente genera una problemática compleja al denotar por parte de la enfermedad, un carácter silencioso en la mayoría de los casos. Cuando la enfermedad se va instaurando, es decir cuando inicia el aumento paulatino de la presión arterial, el paciente no presenta ningún síntoma. Al ser valorado, estudiado y diagnosticado con la enfermedad, el médico determina un tratamiento que incluye el consumo de fármacos. Las personas al no sentir que algo les afecta (dolor, percepción de signos o síntomas), deciden no tomar medicamentos, pues, en muchas ocasiones sufren las reacciones secundarias ocasionadas por el consumo, surgiendo la denominada *falta de adhesión a la terapéutica farmacológica* (Saraiva, 2013).

Los médicos son los cuidadores de salud que de manera retórica, basados en protocolos técnicos, dan el calificativo a las personas como “enfermo de la presión arterial alta” – *hipertenso* – y, sobre la lógica de este rótulo, se dinamizan diferentes prácticas desde la biomedicina³⁴ “[...] *los que saben son los médicos y le hacen los exámenes, le dicen a uno que tiene la presión muy alta y uno ya cree, comienza a tomarse el medicamento porque uno enfermo: ¿qué remedio no se toma?...*” (SSA, ET 010).

³³ La enfermedad es diagnosticada clínicamente por un médico científico desde el modelo biomédico, por consiguiente, es curada por un médico del sistema de salud, vinculado en el modelo médico hegemónico (Menéndez, 1992).

³⁴ La biomedicina o medicina científica corresponde a la modalidad dominante, oficial y legítima de atender ciertos malestares, a través de médicos autorizados y reconocidos institucionalmente. Se le atribuye el poder hegemónico para definir la salud, la enfermedad, lo medicalizable y las formas de atención y tratamiento a los padecimientos. Menéndez lo ha denominado como Modelo Médico Hegemónico (MMH) quien hace alusión al conjunto de prácticas, saberes y teorías generadas por el desarrollo de la medicina científica que desde fines del siglo XVIII ha dejado como subalternos al conjunto de prácticas, saberes e ideologías que predominan en los conjuntos sociales, hasta lograr identificarse como la única forma de atender la enfermedad, legitimada tanto por criterios científicos como por el Estado. (Menéndez, 1990).

“[...] ese tema de la rotulada es complicado... imagínese, uno que entre a un consultorio con el doctor y este man le ponga semejante “chapa”, disque usted es hipertenso... eso le causa a uno un peso en la espalda, le da escalofrío, lo pone es triste, es muy duro que uno estando bien hoy, sano, y de buenas a primeras que le digan que está enfermo... ummmm berraco porque sin que nada le duela? ... cómo la ve?... (SSA, ET 029).

Hoy por hoy, se observa como la biomedicina continúa su expansión bajo los preceptos y prácticas de la investigación científica biomédica, así como en la producción de fármacos y la medicalización de los problemas. Al estar inmerso el proceso de medicalización en las dinámicas sociales, se transforma en enfermedades de la vida que forman parte de los comportamientos de la cotidianidad, los cuales se explican y tratan como enfermedades (Menéndez, 2003). Desde esta mirada, muchos problemas con un claro componente sociocultural, se transforman en problemas exclusivamente médicos sobre los cuales se actúa desde una óptica biologicista e individualista. Esto conlleva a instaurar prácticas y procesos de medicalización, convertida hoy por hoy en una estrategia económica y política que busca en el discurso biomédico su legitimación.

El padecimiento de la presión arterial alta, es afamado en el contexto donde se realizó la investigación. La denominación asignada por la biomedicina como el *“asesino silencioso”*, es reconocido por parte de la mayoría de las personas con quienes tuve los encuentros etnográficos, y frecuentemente utilizado por los cuidadores de salud. Desde esta categoría, se referencian para explicar las implicaciones generadas por un inadecuado tratamiento y las justificaciones para el cumplimiento a cabalidad de las recomendaciones terapéuticas. El convivir con un asesino silencioso, genera sensaciones de temor y miedo al reflexionar que llevan por dentro de su cuerpo algo alterado; una presión arterial aumentada y, que, de alguna manera, podría trascender hacia un desenlace fatal, tal como lo hace saber Fausto, un hombre de 53 años diagnosticado hace tres años

“[...] esto de la presión me produce miedos, es duro saber que uno por dentro lleva un asesino silencioso que de un día pa’ otro vaya a hacerle quien sabe que ... el médico me dijo que me cuide porque ese asesino silencioso es fregao ... que no se sabe cuándo uno vaya a caer enfermo porque no se trató bien la presión ... por eso yo mejor hago caso de lo que él me dice ... para eso sí, que no me vaya a morir ... o un derrame ... quien sabe...” (SSA, ET 029).

Por su parte, Marisela de 58 años relataba *“[...] yo he escuchado que es una enfermedad que genera una muerte silenciosa, que uno no sabe si se acuesta y no se vuelve a levantar...”* (SSA, ET 060).

La presión arterial emerge de acuerdo con las prácticas, en una versión como *asesino silencioso* a partir de las consideraciones de las personas y los cuidadores de salud, producto de un encuentro entre la dinámica biomédica, sus discursos de poder y la relación de quien padece el evento, como una manera de llamar la atención sobre los procesos de autocuidado y los requerimientos terapéuticos establecidos por el sistema sanitario. Convivir con un asesino silencioso, requiere una atención prioritaria para limitar su actuar. Esta versión de la presión arterial es muy frecuente en los campos de información, además validada en la literatura con esta metáfora creada desde una política del miedo; construida como forma de exigir el cumplimiento a cabalidad de regímenes de tratamiento, que llevan a la normalización de los tratamientos definidos por la ciencia médica, quien se alimenta de la susceptibilidad de las personas quienes padecen eventos mórbidos, para justificar la necesidad de consumo y mercantilización de insumos y servicios bajo la lógica de control del padecimiento.

El discurso biomédico define a la presión arterial alta como *una enfermedad*, señala reiteradamente los peligros que comporta para la salud el mantenimiento de las cifras tensionales de manera elevada. Esta situación ha contribuido a convertir al padecimiento en un problema. La influencia que ejerce este discurso sobre la población se da, sobre todo, a partir de su consideración como hegemónico, legitimado socialmente; actúa como sistema normativo de referencia y de esta forma es reconocido entre las personas. La lucha contra la presión arterial alta, adquiere la categoría de certeza científica desde el momento en que se constituye como una enfermedad y requiere, por tanto, el establecimiento de una terapéutica segura y eficaz. Desde esta postura, podríamos afirmar haciendo alusión a Foucault (1977a), que estamos ante una forma de control social fundamentada en una legitimidad en relación con el poder biomédico y la medicalización.

Foucault, planteaba que la medicina correspondía a una práctica social con la pretensión de controlar el cuerpo de las personas en todos sus ámbitos de la vida social donde,

*“El control de la sociedad sobre los individuos no se opera simplemente por la conciencia o por la ideología, sino que se ejerce en el cuerpo, con el cuerpo. Para la sociedad capitalista, lo importante es lo biológico, lo somático, lo corporal, antes que nada. El cuerpo es una realidad biopolítica; la medicina es una estrategia biopolítica”*³⁵ (Foucault 1996: 133).

³⁵ La biopolítica o la política de la salud del pueblo, hace referencia a la manera en que a partir del siglo XVIII se ha intentado agrupar y estudiar desde la práctica gubernamental, los fenómenos propios de un conjunto de seres vivos, organizados bajo

El aumento de la presión arterial genera una sensación de miedo, es común entre las personas proyectarlo como una enfermedad que conduce a la producción de alteraciones de su corporalidad y funcionalidad anatómica, como lo hace saber Clara Inés, una ama de casa que ha padecido de la enfermedad por cerca de siete años: *[...] le tengo miedo porque es que eso es muy aterrador que le vaya a uno a pasar algo... si se lo lleva a uno que se lo lleve, pero que lo deje a uno ahí, como quien dice, tirado en una cama, eso sí, eso es duro... (SSA, ET 080)*. Ana Deisy, Liney, Blanca Julia, Clara Inés, Hernán, Ingrith, Consuelo y Fabio, consideran el aumento de la presión arterial como una señal susceptible de ser intervenida en un centro hospitalario que le permita mantener el estatus de normalidad de la presión arterial con el propósito de evitar desenlaces complejos *“[...] siento miedo porque cuando a mí siempre que me dicen presión alta ... me mandan al hospital y me guardan para controlármela porque a veces se me sube mucho...” (SSA, ET 0180)*, menciona Consuelo, quien lleva cinco años con el padecimiento.

El miedo a las complicaciones generado por el padecimiento, se puede relacionar con afectaciones en diferentes esferas del cuerpo como la movilidad, la capacidad de pensar, generar dependencia por parte de otras personas y llevarlos hasta la muerte, como lo hace saber Benilda en sus relatos: *“[...] pues claro, asustadísima porque yo había escuchado que eso de la presión también le da como un derrame y yo para verme en una cama... yo he mirado eso, es la presión, entonces me asusté...” (SSA, ET 0200)*.

La confirmación del diagnóstico que hace el médico, genera incertidumbre en las personas. Sentimientos de culpa, reflexiones sobre su propia vida y la de su familia, basados en las consecuencias que podría generar una complicación a causa del padecimiento³⁶, emergen en medio de los relatos como el de Marisela de 61 años *“[...] pues, sentí que se me cayó el mundo porque he escuchado que le dan infartos y que no pueden llevar una buena vida porque cualquier disgusto*

la etiqueta de población, es decir, salud, higiene, natalidad, morbilidad, longevidad, razas, entre otros. El grupo de problemas que se han derivado de dicho estudio, han planteado retos políticos y económicos y pasaron a formar parte de los programas de gobierno a partir de ese momento. En la actualidad permanecen y cada día se reformulan planes y programas orientados a la optimización de la biopolítica, aunque a veces es letra muerta en los discursos y proyectos gubernamentales.

³⁶ Teixeira (2005), describe en el estudio sobre presión arterial alta que, una vez se confirma el diagnóstico, las personas manifiestan diferentes emociones como miedo, rabia e incertidumbre de lo que les pueda ocurrir en el futuro, sin embargo, en la medida en que el tiempo avanza, surge un proceso de adaptación a las dinámicas propias que exige el proceso terapéutico, incorporado poco a poco en la convivencia familiar. Una de las prácticas a resaltar en la adopción de ajustes para lidiar con el padecimiento, tiene que ver con los cambios favorables para el cuidado de su propio cuerpo, parece ser que la confirmación de un evento mórbido, genera una forma más autónoma de cuidarse y ser más consciente del mantenimiento de su salud, además, de fomentar prácticas psico espirituales que complementan su cuidado. En este escenario, se invierte más tiempo en el cuidado y en la medida que se van dando las adaptaciones, se aprende a convivir con las exigencias que demanda el tratamiento (Machado y Leite, 2015).

puede afectarlo y, eso, es más peso para los hijos de uno que ya tienen obligaciones y eso me preocupa..." (SSA 060).

De la misma manera se manifiestan situaciones inquietantes, alteraciones de las dinámicas de vida y emociones producto del padecimiento; Benilda así lo afirma: *"[...] claro, que no podía dormir... sentía en días una desesperación como por nada, me daba a veces ganas de llorar o a veces rabia por todo eso, porque yo me sentía tan asustada diciendo: dios mío por qué..."* (SSA, ET 0200).

Georges Canguilhem (1990), al analizar el concepto salud, hace referencia al dolor o al sufrimiento individual que movilizan los padecimientos en un cuerpo subjetivo, situaciones que no obedecen a un proceso netamente de medición de cifras, desviaciones estadísticas o cálculos de los procesos anatómo fisiológicos, pues, el sufrimiento se escapa a las medidas. Canguilhem menciona a la salud como un concepto eminentemente social alejado de toda reducción a parámetros científicos predefinidos. Ahora bien, de abordar la salud desde la perspectiva de lo normal y lo patológico, se debe tener en cuenta que *"no encontramos un solo intervalo normal para cada función de un órgano: estrictamente hablando, encontramos un número infinito de esos intervalos"* (Canguilhem 1990: 23). Los abordajes numéricos en la salud, son elementos que pueden resultar como complemento de análisis del proceso, no obstante, no se debe reducir la salud a estos parámetros (Roudinesco y Canguilhem, 1998) por tanto, no es posible pensar que la vida de las personas se materialice en la soledad de un organismo individual. En este sentido, *"no es la fuga de los intervalos normales lo que indica el momento en que se inicia una enfermedad, sino, las dificultades que el organismo encuentra para dar respuestas a las exigencias que su entorno social le impone"* (Caponi 2010: 151).

Considerar a la presión arterial alta una enfermedad incurable y para toda la vida, se percibe como una sentencia³⁷ a la que se le debe generar dependencias terapéuticas, criterio mediante el cual, los médicos desde su discurso se apoyan en la enunciación y confirmación del diagnóstico como lo percibe María Betty: *"[...] me dijo que tenía la presión alta y que ya tenía que tomarme las*

³⁷ El padecimiento de lo que se denomina una enfermedad crónica, corresponde a una experiencia que altera la vida cotidiana (Bury, 1982), donde se alteran comportamientos que se dan por sentados. Allí se dan rupturas de los límites del sentido común; adicionalmente, se perturba los sistemas explicativos que normalmente utilizan las personas donde se replantea la biografía y el autoconcepto de cada individuo; por otra parte, se deben dar respuesta a la disrupción que implica la movilización de recursos, frente a la situación alterada (Bury, 1982). Existe una imbricación del significado y el contexto en la enfermedad crónica que no se pueden separar fácilmente, surgen afectaciones de las relaciones sociales desde la política de salud, grupos de pacientes, el consumo de bienes y servicios, y los medios de comunicación. La vivencia de la enfermedad crónica se asume como una disrupción biográfica, por ende, se da una interrupción en la continuidad de la biografía de la persona (Bury, 1982).

pastillas de por vida..." (SSA 090). En ese mismo sentido, la cura de la enfermedad no se aprecia como una opción a pesar de la adopción de prácticas del proceso terapéutico

"[...] no hay cura, desde que se le suba a uno si ya no, desde que empiece con eso alto eso si ya no; yo creo que no porque imagínese, cuánto tratamiento que ha tenido uno ... hace años que estoy en ese tratamiento... y de buenas a primeras se le sube a uno, entonces eso es señal de que no tiene cura ..." (SSA 080).

La cronicidad da como resultado un proceso clínico moroso, lento en la evolución de los síntomas (Paris y Comelles, 1988), esta situación genera alteraciones en el día a día de las personas. La desaparición de los síntomas no obedece a la curación, sino más bien a la eficacia terapéutica, situación que demanda una negociación de todos con todos: persona consigo misma, persona y familia, persona y médico. En esta dinámica, se identifican procesos de construcción cultural de la cronicidad relacionados con los rasgos encontrados desde el desglose del proceso mórbido, el desglose del proceso asistencial, y la percepción distinta que tienen del mismo los distintos actores sociales.

Las causas del aumento de la presión arterial referidos por las personas son variadas y provienen de explicaciones biológicas, psicosociales y mágico religiosas. La herencia es una condición común a la que se le atribuye las causas del padecimiento y está relacionada con parientes de grados de consanguinidad cercanos, como los padres, hermanos y abuelos que tuvieron el evento; por esta condición, surge la presencia del padecimiento. Alsidis lo relataba como:

"[...] pues, eso como que viene de herencia porque la abuela de nosotros, murió estando sentada, no más, de unos 80 años... el papá de nosotros murió también estando parado, así cayó de una, como de 80 años ...un primo murió también así, él sí estaba joven como de 36 años, estaba hablando y cayó... entonces dijo el médico: ahhh, eso es de herencia, es hereditaria!, por eso me toca mantenerme en control, cuidándome..." (SSA 0230).

Situaciones psicosociales contribuyen a explicar la aparición del padecimiento "[...] *la presión arterial se aumenta por pensar mucho y cuando uno no está ubicado ... cuando está desocupado, usted se sienta en una silla y se pone a pensar cosas que no tienen que pensar...* (SSA 050) relataba el señor Cerón. La angustia generada por los compromisos económicos, apoya la aparición del evento como lo manifestaba don Omar; "[...] *a veces angustias, a veces por las deudas que uno tiene ... yo no tengo trabajo ... vivo del rebusque ...*" (SSA 0130). Los efectos del conflicto armado colombiano son

fuente de la aparición de la presión arterial alta, como lo hace saber doña Esperanza, una mujer desplazada por la violencia arraigada en la ciudad de Popayán:

“[...] al esposo me lo mataron, él era de un cabildo del Putumayo y pues, el cogió cargo de gobernador y pues ahí, los enemigos lo mataron, pensábamos que era la guerrilla, pero no ... le tocaba defender la comunidad... luego me he enloquecido, pero quedé mejor dicho ... y no solo eso... me mataron cuatro hijos ... apenas quedé con dos, la menorcita tenía 9 años, yo me perdí la mente ...” (SSA 0260).

La pérdida del jefe del hogar y alteraciones en la dinámica familiar desestabiliza a las personas, generando situaciones complejas tanto en la salud física como mental “[...] *la preocupación, eso dicen, es que a mí me mataron al marido, al papá de los niños y ¿usted cree que uno vive tranquilo?, yo no sabía trabajar, qué hacer...*” (SSA 0190) relataba Mireya. Así mismo, situaciones catastróficas por pérdida de seres queridos

[...] al hijo lo arrolló un carro y ahí murió de una, todavía no cumplía los 18 años y quedé solo... la mujer como está joven, ya se abrió de mí y me quedé solo ...eso fue como que me perjudicó porque perdí el hijo, la mujer se abrió, y ahí es que me comienza ... eso fue como quien dice, se me alborotó ...” (SSA 0230).

La exposición a situaciones estresantes de la cotidianidad, representa condiciones complejas que pueden llevar al aumento de la presión arterial y provocar graves implicaciones, de acuerdo con lo que comentaba Blanca: “[...] *el estrés puede afectar la presión ... sí porque uno se preocupa y ahí es donde se le aumenta la presión arterial y puede darle un derrame cerebral o un infarto ...*” (SSA 030).

Percibir el padecimiento, puede llevar a sentirse en una situación depresiva, al verse reflejado en una persona obligada a someterse a las vicisitudes que impone la enfermedad, tal como lo relataba Benilda:

“[...] me daba como una depresión, yo lloraba y decía: no, yo no quiero verme como mi mamá que fue por eso que murió, ... una vez me dio una hemorragia ... me llevaron al hospital y dijeron que era la presión alta... no! y así fue, los síntomas de mi mama... por eso ahora que voy a alguna parte, llevo las pastillas en el bolso y mi agüita para la hora que tenga que tomármelas...” (SSA 0200).

Explicaciones mágico-religiosas apoyan la causalidad de la presión arterial alta, como lo hace notar Don Omar, “[...] *la presión es una maldición que traemos de familia ... Es como un castigo de dios...*” (SSA 0130).

Al asumir el padecimiento, se generan cambios en la manera como se dinamiza la cotidianidad desde las prácticas individuales. El contacto con el sistema de salud, se convierte en una nueva forma de relacionamiento para lograr el propósito terapéutico como lo declaraba Clara Inés:

“[...] eso le cambia a uno del cielo a la tierra, eso es complicado... no es como uno saber que uno tiene algo ... así hace su vida común y corriente, pero eso nos cambió, a mí por lo menos, me cambió bastante. ... a mí sí se me cambió un poco la vida... había que estar yendo a tratamientos, ... a hacerse sacar los exámenes de rutina que le mandan a uno, estar pasando al médico ...” (SSA 080)

Interrumpir el descanso nocturno a causa de la fatiga generada por la presión arterial elevada, modifica los patrones del sueño. Al día siguiente se vuelve un reto mantenerse vigilante para resolver los desafíos de la cotidianidad. La sintomatología asignada a la presión arterial, desajusta las dinámicas de vida de la persona y estas generan interferencias con los otros miembros de la familia, ampliando los retos para conciliar una convivencia que denota tranquilidad [...] *en la noche me toca andar porque no aguantaba la desesperación... esa desesperación me da en la cabeza, uno no sabe qué hacer... a uno se le va un poquito el aire, ya cuando uno toma aire afuera, así esté haciendo frío, se calma...*” (SSA, ET 020).

Si bien la presión arterial alta no genera síntomas y signos específicos al inicio del padecimiento, es percibida en varios lugares de la cartografía corporal, manifestada principalmente por percepciones y sensaciones corporales y, en menor proporción, síntomas específicos. Entre las percepciones manifestadas, se describen sensación de pesadez ubicada en la cabeza, desesperación, fatiga, borrachera, falta de aire, ahogo, calor, cansancio, desaliento, aceleración del corazón, opresión en el pecho y agitación. Síntomas específicos relacionados, se describen como dolor en el pecho y dolor de cabeza. “[...] *cuando se me dispara la presión, lo que siento es un calor, se me calienta la cara horrible y todo, entonces me siento y digo: estoy con la presión disparada ...*” (SSA 0150) relataba Argenis; y Consuelo decía

“[...] porque yo iba con muchos frecuentes dolores de cabeza; las taquicardias; me daba vómito y parecía que esta parte del ojo se me iba a salir; siempre que iba me llevaban con la presión alta y desde ahí ya me empezaron a formular para la presión... (SSA 0180).

Para las personas, aceptar la enfermedad tiene varias implicaciones en su modo de vida, más cuando es informado acerca de un evento con el que se debe lidiar para toda la vida. Convivir en la cotidianidad con la presión arterial alta puede generar disfuncionalidades en las actividades regulares conducentes a la pérdida del bienestar. Otras personas no aceptan la nueva condición y se sitúan en una lucha continua con quien se enfrentan día a día. La sensación de miedo lleva a que la persona se sienta en un estado de preocupación constante, sintiendo al mundo en el que vive como en una amenaza constante, llevándolo a la ansiedad (Buzzi, 2007).

Es frecuente encontrar personas con el padecimiento buscando interceder por su salud a través prácticas en la dimensión religiosa³⁸. Se encomiendan para que los procesos terapéuticos puedan lograr su efecto de la mejor manera y mitigar o evitar las posibles complicaciones corporales producidas por el efecto de la enfermedad y seguir aportando al cuidado de su vida propia y la de su familia, así lo relataba Magnolia: “[...] yo soy católica, yo tomo agua bendecida con la pastilla, yo creo mucho en Dios y todo me lo tomo en nombre de Dios...” (SSA 0190); y María Cándida planteaba: “[...] para poder yo estar bien ,que no me dé ninguna cosa mal, que todo sea en nombre del señor Jesucristo, y seguir luchando, seguir luchando hasta que él diga: no más! ...” (SSA 0240).

En la medida en que se avanza en el tratamiento, se hallan caminos para resolver las aflicciones y se dan nuevos significados a la vida, en ese sentido, "si el proceso de cura pasa por la eficacia simbólica; la ciencia y la religión son parte de un todo complejo establecido en la vida del ser humano, e integra un mismo sistema en el universo" (Rezende y Concone 2012: 17). Estudios como los de Coelho, describen como la influencia de la religión en enfermedades crónicas, se percibe el rol terapéutico desde la adopción de estilos de vida saludables, al igual que la construcción de redes sociales, las cuales demarcan un escenario de acogimiento, apoyo, cariño y solidaridad; es decir, se encuentra con un ambiente en el que puede ser escuchada y comprendida (Coelho, et al., 2015).

De conformidad con la emergencia de categorías y las observaciones en los campos de información, surgieron tres elementos clave en la dinámica del tratamiento de las personas en el nivel individual, sin embargo, estos se comparten en diferentes prácticas y otros campos donde se

³⁸ Como señala Jones (2004), la búsqueda del apoyo religioso se da en el intento de minimizar la incomodidad de orden funcional o existencial y, además para aumentar la red social que vislumbra un mejor enfrentamiento del padecimiento desde lo instrumental, así como desde lo psicosocial. Adicionalmente se ha descrito que esta dimensión apoya el comportamiento para el mantenimiento de la salud desde la coherencia y la adherencia a la medicación. De otra parte, la dimensión religiosa apoya la construcción de sentidos para lidiar con el sufrimiento, encontrando fuerzas para hacer frente a la enfermedad en la medida en que esta lucha con las dimensiones poco conscientes del ser en que se asientan los valores, las motivaciones profundas y los sentidos últimos de la existencia individual y colectiva (Vasconcelos, 2009).

moviliza el discurso de la presión arterial. Los elementos corresponden al consumo de medicamentos, la adopción de estilos de vida y la asistencia a la consulta de control.

3.1.1.1 El consumo de medicamentos: entre la eficacia simbólica y los acuerdos de la cotidianidad.

El inicio del tratamiento representa un reto. Una vez se es catalogado como paciente con presión arterial alta (hipertenso), no se le debe dar largas al consumo de los fármacos recetados, ese es el aspecto fundamental desde el discurso biomédico para mantener la presión controlada (120/80 mm/Hg) “[...] a lo que más le tengo fe es a la droga” reza una frase de una voz. El uso de medicamentos es el procedimiento médico más frecuente en la sociedad contemporánea, a tal punto que se ha convertido en una industria.

Una rutina basada en diferentes prácticas se debe establecer para consumir los medicamentos en virtud de la receta que contiene, entre otros datos, los horarios de la toma, la cantidad y el tipo de fármaco. En el tratamiento de la presión alta, hay diferentes tipos de medicamentos, entre ellos diuréticos, inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina, bloqueadores de los receptores de angiotensina, bloqueadores de los canales de calcio, beta bloqueadores, inhibidores de la renina, entre otros. En la toma de los medicamentos, durante las dos primeras semanas el ejercicio es sistemático, sin embargo, a medida que pasa el tiempo, las omisiones del consumo se vuelven recurrentes, los horarios se extienden y se busca la posibilidad de “desatrasarse” para quedar al día con el consumo.

“En la mañana del sábado, llego temprano a la habitación de Libardo, le saludo y le pregunto cómo está, me responde que bien, que logró dormir toda la noche. Curioseando empiezo a recorrer con mi mirada la habitación en busca del sitio donde guarda los medicamentos. Al percatarme de un lugar especial, me acerco; un crucifijo asoma su pulcra figura. Sobre una base de madera reposan cajitas de pastillas con cortas inscripciones sobre los escasos espacios en blanco que advierten la hora de tomar la medicación; contiguo, un escapulario y una imagen de la virgen de las lajas, configuran una escena donde pareciera que la fe abrazara a la ciencia” (Diario de campo 2019).

Los medicamentos se asumen como una de las formas más efectivas para lograr el control de la presión arterial alta. Hacer presión arterial desde la persona, implica el sometimiento al consumo de medicamentos de manera diaria e ininterrumpida, un

tratamiento que debe durar toda la vida. El discurso basado en que la presión alta no tiene cura, es bien conocido por los pacientes. Tomar medicamentos requiere no solo de la disposición para su consumo, varias prácticas se deben desarrollar previamente, una de ellas es la provisión. La farmacia entrega los insumos y es la persona quien debe gestionarlos, es requisito ser autorizados por la EPS e ir a recogerlos. Estas dinámicas de la gestión se describirán de manera más detallada en el campo de información del *sistema de salud*.

Las personas hacen referencia a que le tienen “fe” a los medicamentos y les asignan un grado de eficacia simbólica³⁹. Por supuesto, a través de la biomedicina con su intención de curar y tratar las enfermedades, trayendo consigo la carga simbólica del sistema médico utilizados para lograr sus fines, haciendo énfasis desde su efectividad o capacidad curativa. Las personas de alguna forma le asignan a algo externo, algo mágico, a la desaparición de dolores o síntomas, donde la mayor parte de sus necesidades no están, o no están en el mismo grado, bajo la dependencia del cuerpo. Los medicamentos aparecen como un mecanismo de control en el momento en que las personas aluden a que “la medicación ayuda a tener una vida normal”, desde esta postura, los medicamentos cumplen una función de control social y consiguen el paso de lo patológico a lo normal o, una vuelta al estado normal. Esta alusión hace énfasis en lo que Durkheim (1982) afirmaba: la magia tenía un papel en el control social.

Disponer de los medicamentos requiere de un espacio de almacenamiento y maneras de ordenamiento para saber su tipología. El reconocimiento de los medicamentos, pasa por identificar sus formas, sus colores, el tamaño y los letreros de las cajitas que los contienen. Las personas mantienen los fármacos en bolsas, pastilleros, cajones, vasos, cajas y recipientes de diferentes formas. Se rotulan con colores, se escribe sobre ellos, se separan, a fin de identificarlos con mayor facilidad. Para consumirlos utilizan agua, tal como lo recomienda el médico, no obstante, los jugos de frutas, el agua de panela, las aromáticas de plantas y hasta el café frío, sirve para “bajarlos al estómago”. Las recomendaciones dadas para su consumo son claras en afirmar que se deben tomar

³⁹ La eficacia simbólica hace alusión desde la posición de Levi-Strauss, a que tanto la palabra y la narración tienen un tipo de eficacia que no se circunscribe a elementos técnicos, por el contrario, se dinamiza en el mundo de lo simbólico y tiene la capacidad para hacer frente a la realidad y afectarla. Apela a la fe para comprender los fenómenos de cura, a través de la ritualidad y de recomposición simbólica. En su obra, hace referencia a los elementos estructurales de la cura chamánica que interpreta como cura por la palabra, la cura de lo real por medio de lo simbólico. Estos elementos simbólicos, necesariamente deben estar basados en redes interconectadas que comparten el especialista (médico, chamán, partera, curandero), la persona que sufre el padecimiento, los remedios y el grupo social donde se desenvuelve. (Strauss, 1977).

junto con las comidas y en ese sentido, evitar afecciones gástricas como acción secundaria a la toma de fármacos.

El sabor de los medicamentos es poco agradable, se perciben amargos, por esta razón, se deben tragar rápido; su tamaño denota facilidad o dificultad para consumirlos y la relación tamaño/frecuencia, puede estar relacionado con la continuidad del tratamiento “[...] esas pastillas grandes no me las volví a tomar, parece que me voy a vomitar, no me pasan, una vez casi me ahogo con una”. De la mayoría de las pastillas que tienen un sabor desagradable, solo una se reconoce como “dulce” y es la “*aspirineta*” la que “adelgaza la sangre” (ácido acetil salicílico o Aspirina).

Hacer la clasificación de los medicamentos es crucial para asumir adecuadamente las indicaciones de la receta médica. Varios medicamentos se toman en la mañana, coincidir con el desayuno es una buena forma de recordar que es el momento de iniciar con el tratamiento. Magnolia, Fabio, Mireya, Hernán, Maria Betty, Liney, Ana Deisy y Esperanza colocan letreros grandes pegados en la pared para lograr recordar e identificar los medicamentos, sin embargo, otras personas disponen toda su farmacopea en una bolsa general que su tamaño dependerá de los padecimientos por los cuales esté atravesando. Mantener un consumo estricto y sistemático de las fórmulas farmacéuticas, de conformidad con las necesidades, requiere de varias prácticas a ordenar: disponer de los medicamentos, tener presente la hora de la toma, la cantidad, el sitio donde se toma, el lugar de almacenamiento, un recordatorio (alarma), llevarlas en el bolso y, si un familiar está presente, todo se hace de mejor manera.

Para algunas personas puede resultar motivador el consumo de los medicamentos⁴⁰ a fin de alcanzar la estabilización de la presión arterial, pues la eficacia simbólica se erige en los campos de información estudiados, a pesar de que las personas no cuentan con el dinero suficiente, priorizan dentro de sus necesidades sus insumos farmacéuticos

“[...] a mí me ha ayudado muchísimo porque imagínese yo con mi presión arterial alta, yo amo la vida, como yo amo la vida, yo me preocupo por mi droga, yo así yo no tenga la plata yo la voy a prestar, pero el chiste es que mi droga no me puede faltar...” (SSA 090).

⁴⁰ La medicalización “es un proceso social por el cual una condición humana previamente normal (conductual, fisiológica o emocional), se convierte en un problema médico que necesita el tratamiento bajo la jurisdicción de los profesionales médicos” (Conrad 1992: 16); desde esta apreciación, el consumo de medicamentos, le está permitiendo a la biomedicina que ajuste lo que ahora considera desviado de la normalidad corporal.

En el proceso de adquisición de los medicamentos, no siempre se cuenta con las mismas fórmulas farmacéuticas de los medicamentos, es decir, pueden variar en forma, en presentación, en color y tamaño. De este modo, se presentan retos en el reconocimiento y consumo. Al momento en que a las personas se les hace entrega de los fármacos, si son producidos por diferentes casas farmacéuticas, hay variaciones de carácter morfológico conducentes a confusiones. Esta situación genera inadecuadas interpretaciones en el momento de proceder al consumo. Se pone en duda si es el mismo medicamento, si tiene los mismos miligramos y si el laboratorio productor es bueno o es de dudosa procedencia⁴¹. De alguna manera, las personas reconocen la calidad de la medicación que reciben. Esos ajustes en los medicamentos, no son tomados en cuenta por parte del farmacéutico, de manera que omite entregar información de la nueva presentación brindada al paciente.

Las personas con el padecimiento al inicio no aceptan su condición de enfermos y el consumo de medicamentos⁴² sufre interferencias en la frecuencia de consumo, así lo relataba Omar

“[...] no, al principio no, mi cerebro no, un día me los tomaba y otros que no. Ahora sí sé que me los debo tomar al medio día y después del almuerzo y en la noche, pero antes no, mi cerebro se olvidaba, me levantaba y no los llevaba, ahora sí los llevo en el bolso y sé qué cargo y a qué hora los debo tomar... yo me tomaba el medicamento cuando me acordaba o cuando veía que me estaba desestabilizando, ahora sé que todas las noches me tengo que tomar el losartán para estar bien, ya es un vicio estar tomando los medicamentos...” (SSA 0130).

Es a través del uso de medicamentos para mantener la presión arterial, donde se materializa simbólicamente el conocimiento biomédico, con los cuales se coordinan relaciones desde el proceso

⁴¹ El sistema de salud provee en su mayoría medicamentos genéricos, esto es, formas farmacéuticas que utilizan moléculas pero que no son producidas por el laboratorio que las patentó. Se diferencian de los medicamentos de “marca”, porque al parecer tienen una mayor efectividad y los procesos de producción son más tecnificados.

⁴² Los medicamentos se suscriben en una dimensión social y cultural, donde se encuentran embebidos por significados simbólicos. Podríamos afirmar, como lo plantean Van der Geest, Hardon y Whyte (2002), basados en Appadurai (2000), que una vez los medicamentos entran en contacto con la cotidianidad de las personas, adquieren significados, vinculándose a una “vida social de las cosas”, interactuando con procesos sociales, culturales y psicológicos, donde se movilizan los seres humanos. Los medicamentos adquieren signos en la vida social, los cuales van mucho más allá de sus propiedades físico químicas y, por su necesidad de consumo, adquieren mayor valor en relación con otros objetos desde la semiótica, convirtiéndose en un objeto relacional (Méndez, 2000). Este carácter que adquieren, permite explorar aproximaciones para comprender de mejor manera las dinámicas vinculadas a las personas con el mundo social. Los medicamentos conllevan a mundos de representaciones sociales, definen relaciones de poder, así como símbolos, asignándoles diversas facetas que determinan ciertas perspectivas socio culturales que adquieren sentido en la medida en que los medicamentos se hacen y hacen sus efectos. Los efectos y el accionar de los medicamentos, están representados en temores, subjetividades, creencias, experimentos, riesgos, lo relacional y lo racional.

salud-enfermedad-atención, dado que subyacen en ellos, fenómenos socio médicos y las lógicas de operación del modelo biomédico, tanto como del cuidado propio de las personas de forma dinámica, como “consecuencias de sus saberes y las condiciones de salud y de vida de los conjuntos sociales” donde se hallan inmersos (Menéndez, 2006). Los medicamentos en el sistema de salud colombiano, están controlados por el Estado, mediante procesos que dan lugar a una eficacia tanto técnica como simbólica, alterizando dinámicas sociales, culturales y políticas inherentes a los padecimientos. La medicalización⁴³ tiene un contexto socioeconómico e ideológico muy bien definido y, a la vez, determinante.

Las “repeticiones de fórmulas” de los medicamentos, es una actividad frecuente en los hospitales. Las citas con los médicos, en diferentes ocasiones, se resume a las cuestiones más básicas del tratamiento, orientadas al proceso farmacológico, la cual se fundamenta en su inmediatez de sus efectos. Varios motivos de consulta hacen alusión a “*vengo por la fórmula de los medicamentos*” donde se realiza solo la transcripción de medicamentos que las personas están recibiendo, limitando tajantemente el contacto médico-paciente. De este modo, se han simplificado los procesos de atención, colocando al fármaco como epicentro del tratamiento. Esta dinámica ha hecho que la subjetividad y la historia personal, se vea gravemente afectada dentro de los procesos de atención, limitando la complejidad de las experiencias personales, reduciendo significativamente los escenarios de comunicación del encuentro terapéutico (Rodríguez del Barrio, 2003).

El consumo de medicamentos, puede generar efectos secundarios. Los fármacos que ocasionan estas alteraciones, son bien identificados por las personas y, en buena medida, toman la decisión de abandonarlos o aplazar su consumo hasta que el médico tratante considere un ajuste en la dosis o, el tipo de fármaco. Estas actuaciones pueden propiciar disonancias en la relación médico-paciente, al no evidenciar adopción del tratamiento por parte de las personas. Si bien, estas disonancias se dan una vez la persona manifiesta la suspensión del tratamiento, en otras situaciones,

⁴³ Los juegos de poderes que definen los medicamentos, parten de las fórmulas médicas constituidas como una entidad dotada de poder y eficacia simbólica, identificando lo escrito con lo científico, apartando los saberes populares. Allí surge una delimitación de jerarquías entre médicos y pacientes que establecen fronteras. La eficacia se irá robusteciendo en la medida que avanza el modelo biomédico, a través del uso de tecnologías como el mismo medicamento. De esta manera se materializa un poder controlado por médicos, especialistas, farmacias y laboratorios productores que, al fin y al cabo, son quienes están avalados por el Estado para administrarlos (Romaní, 1999). El modelo biomédico trabaja de manera reduccionista al limitar la diversidad semántica que podría llegar a tener las experiencias subjetivas de las personas. En estas dinámicas el peso de lo biológico se impone, lo mismo que el protagonismo del medicamento en el tratamiento de los padecimientos, en relación con otras propuestas terapéuticas, llevando a la configuración de una “burbuja farmacológica” y un entorno donde el medicamento se impone (Tizón, 2003).

los pacientes no le informan al médico de las decisiones de abandonar ciertos fármacos⁴⁴, situación que genera interrogantes por parte del cuidador al no encontrar causas concretas de la ineficacia del tratamiento. Tal situación la describe Ingrith “[...] *eso se me ponen las piernas como unos bombos... yo ya le he dicho a ese doctor del puesto de salud, yo ya he hecho el experimento, pero ese doctor se enoja. Dejo de tomar eso y las piernas vuelven y se me desinflan. Entonces no... yo tomo el losartan ...*” (SSA 0140).

Por su parte Clara Inés mencionaba,

“[...] yo me tomo los medicamentos, el internista me las cambió, me puso losartán de 100 mg y eso me hizo daño porque yo creo que era mucho pues, yo tomaba de 50 y dos diarias de 100... me lo cambiaron y desde ahí ni más me volvió a molestar, ni a sentir eso que le da a uno como fatiga...” (SSA 080).

Asumir el cuidado de la presión arterial, incluye la utilización de alternativas terapéuticas que, básicamente, hacen referencia al uso de plantas medicinales⁴⁵ recomendadas por la familia, amigos o personas de la comunidad, las cuales cuentan con una relevante información de la herbolaria local para el control del padecimiento, concomitantemente con otras formas de hacer frente a los retos que afectan la salud, así lo manifiesta María Betty “[...] *hay una que se llama cidra papa, eso es cosa natural... uno hierva la agüita y la va y la echa en rodajitas, la hierva y se toma el agua...* (SSA 090). El uso de frutas ácidas como el limón y el maracuyá, se relacionan con la disminución de la presión arterial “[...] *yo considero que el limón, consumir cosas ácidas, agua, yo creo que ayuda a bajar la presión* (SSA 030). Plantas para disminuir el colesterol y bajar de peso, son a menudo referidas “[...] *siempre me han salido alto los triglicéridos y el colesterol, yo tomo*

⁴⁴ La experiencia en el consumo de medicamentos es única, particular, no son homogéneas, son propias de cada persona (Rodríguez del Barrio, 2001), además, se encuentran circunscritas a un determinado contexto social, cultural, político y económico que las define, las llenarán de sentidos y las harán únicas. Potencialmente, todos los medicamentos pueden generar efectos secundarios. En la medida en que el padecimiento amerite consumir varios insumos farmacéuticos, generarán mayor complejidad en el tratamiento (Arce-Vega et al., 2017). Conocer claramente las dosis y la frecuencia de consumo, así como los cuidados en su ingestión, además de los efectos secundarios, pueden favorecer o no, la adherencia por la que insiste incisivamente la biomedicina (Guimarães de Souza, 2016). Cada persona, hace un análisis sobre los efectos secundarios que le pueden generar el consumo de fármacos, además, de cómo puede incidir esta situación en su vida, de esta valoración también dependerá su adherencia (Sabaté, 2003).

⁴⁵ El uso de plantas medicinales continúa siendo una opción para encontrar respuestas a los padecimientos en América latina, a pesar de la influencia ejercida por el modelo biomédico que la ha subordinado y generado conflictos en la coexistencia con diferentes alternativas terapéuticas (Schmitz, 2016). A pesar de de las múltiples luchas de la perspectiva biomédica y su hegemonía, la medicina tradicional ha sido reconocida como un aspecto relevante en los procesos de articulación para hacer frente a los padecimientos. Organizaciones como la OMS y OPS, han planteado propuestas para articular políticas en los sistemas de salud oficiales que incluyan a la medicina tradicional, sin embargo, las experiencias han sido limitadas, precisamente por la dureza del pensamiento moderno (Campos, 1997).

alcachofa, zarzaparrilla, en los exámenes ya no me salió el colesterol alto...” (SSA 0190); “[...] pues, estoy tomando una planta llamada cola de caballo para el riñón y me ha mejorado... Gracias a esa hierba he bajado de peso, después de las comidas me tomo un vaso ...” (SSA 030)⁴⁶.

En el imaginario de las personas, las complicaciones producidas por la presión arterial alta tienen una connotación generadora de miedo e incertidumbre relacionado con el daño orgánico que puede llegar a causar. Se referencian diferentes complicaciones aludiendo a la terminología biomédica, Ana Deisy lo relata como “[...] la presión cuando se le altera a uno le puede producir una arritmia cardiaca o le puede también destruir las arterias... un derrame ...” (SSA 0210); y Argenis quien menciona que “[...] puede afectarle el riñón, el estómago, el pulmón, el corazón, ese es el problema que uno de hipertenso, cualquier cosa le puede afectar...” (SSA 0150). Esas complicaciones, ya sean identificadas por las personas, pueden ser infundidas por el propio profesional médico que, además, le asigna la responsabilidad a la persona de la presencia de eventos complejos justificados por una baja adherencia al tratamiento⁴⁷ “[...] me dijeron, bueno usted tiene que estar tomando esta droga, no se va a descuidar porque si no de pronto le puede dar un pre infarto ...” (SSA 0230).

Complicaciones referenciadas por las personas, se relacionan con derrames cerebrales, trombosis, parálisis, infartos, daño de los riñones, ojos y oídos. Las complicaciones denotan un contexto complejo en la atención de los sujetos que se debe asumir de manera individual y colectiva, para lograr satisfacer las necesidades del enfermo hasta sostenerse y logre culminar su proceso de vida; de esta manera lo relata Benilda “[...] se le subió la presión de un momento a otro, le dio un derrame que quedó paralizada la mitad del cuerpo... tenía como unos 78 años y ahí nos tocó lidiar así porque ella ya no volvió a responder, nos tocó tenerla, así como siete añitos y en sillas de ruedas...” (SSA 0200).

⁴⁶ Si concebimos al proceso salud-enfermedad-atención como un acontecimiento cultural, la “medicina tradicional” tiene una relación con las personas que se encuentra mediada por las creencias, valores y los signos propios de la cultura, en la cual se encuentran inmersos (Rodríguez, 1989). El uso de plantas medicinales, es una práctica preponderante en las dinámicas sociales de los pueblos. Se ha estimado que cerca del 80% de las personas en el mundo, hace uso de medicina tradicional, donde buena parte de los tratamientos tradicionales, obedecen al uso de plantas a manera de extractos o sus principios activos (OMS, 2019). Una de las razones que han permitido la permanencia de estas formas de tratamiento, hace alusión a que las enfermedades son concebidas dentro de las dinámicas culturales donde el tratamiento tradicional está fuertemente ligado a ella (Ryesky, 1976), así mismo, a las trayectorias biográficas y el contexto histórico-cultural, económico y político (Viesca, 1995) en un complejo proceso de sincretismo cultural.

⁴⁷ La adherencia con base a la OMS, es el grado en que el comportamiento de una persona -tomar el medicamento, seguir un régimen alimentario y ejecutar cambios del modo de vida- se corresponde con las recomendaciones acordadas de un prestador de asistencia sanitaria. Esa adherencia corresponde a un aspecto clave y susceptible de ser modificable, además que compromete los resultados en los tratamientos instaurados: la falta de adherencia a los tratamientos farmacológicos y a las recomendaciones sobre cambios en el estilo de vida, conduce a un comportamiento contrario al autocuidado.

Gutiérrez et al., (2008) ha descrito que las enfermedades relacionadas con la presión arterial generan en las personas miedo, sufrimiento, y temor frente a las posibles secuelas dejadas por el padecimiento, afectando no solamente dimensiones esenciales de la enfermedad, sino de la propia dinámica de vida de las personas tal como la relación con el entorno familiar, el trabajo, las actividades hogareñas y hasta el ocio (Blanca, et al., 2006).

Tener la presión arterial elevada, genera una amenaza constante para la producción de eventos adversos, la cual se agudiza si existe un limitado control de esta y una restringida apropiación del tratamiento. El temor de un desenlace fatal, está siempre presente y, con mayor incidencia, si ha ocurrido un evento que ha afectado a un familiar: Fabio lo describe como “[...] yo pienso que me podría dar un derrame o una trombosis... Eso le pasó a una tía, le dio un paro por no tomarse el medicamento, ella empezó a perder la memoria y duró ocho días, después que la sacamos del hospital, murió ... (SSA 040).

Uno de los efectos complejos desencadenados por la presión arterial alta, hace referencia al daño en órgano blanco⁴⁸, específicamente al sistema renal. Tal condición genera cambios bruscos en la forma de vida de las personas, al asumir un contacto estrecho con el sistema de salud para llevar a cabo la diálisis, un procedimiento demandante de diferentes prácticas que consiste en extraer la totalidad de la sangre de las personas, filtrarla a través de una máquina y retornarla al torrente sanguíneo nuevamente. La práctica se realiza tres veces a la semana, con un tiempo de duración de cuatro horas diarias, en hospitales de la ciudad. Esta situación requiere que las personas se desplacen hacia los servicios de salud, involucrando una significativa cantidad de tiempo, dinero, recursos familiares y transaccionales. Una alternativa es la diálisis peritoneal ambulatoria, realizada en casa, a través de una pequeña infraestructura técnica, la cual requiere de la generación de competencias por parte del paciente, lo mismo de sus cuidadores en la familia. Alejandra, hija de una persona tratada con esta tecnología, describe

“[...] la verdad que desde que nos dijeron que iba para diálisis peritoneal es un cambio drástico en la vida de ella y en la de nosotros también porque prácticamente ella pasa como a depender de alguien, porque ella no se lo puede hacer, entonces pues sí, es un cambio drástico ...” (SSA 031).

⁴⁸ El daño a un órgano blanco o diana, hace alusión a las alteraciones que genera el aumento de la presión arterial sostenida al riñón, corazón, hígado, pulmones, ojos, oídos, limitando su capacidad funcional y generando signos manifiestos.

Las dinámicas en las salas de diálisis en los hospitales, denotan un escenario cargado de complejidades donde se manifiestan inconformidades, conjuntamente con discursos esperanzadores; allí la enfermedad y la salud de las personas se retan constantemente como lo expresa Maria Cándida, quien asiste continuamente a la práctica de la diálisis y lleva cerca de tres años en este tratamiento “[...] *entraron unos compañeros junto conmigo y ellos no aguantaron, ellos se murieron como a los dos años, ya llevaban mucho, se deprimían mucho, lloraban decían que eso era muy duro, que lejos de la familia que uno por acá sin un peso, que tanta cosa...*” (SSA 0240).

El acceso de dispositivos al cuerpo para acceder y conectar a las personas con las máquinas dializadoras, produce incomodidades y riesgos que pueden alterar su estabilidad fisiológica y anatómica por infecciones u obstrucciones, así lo expresa Esperanza, quien se ha sometido a la práctica de la diálisis durante cerca de dos años “[...] *uno está enseñado a no tener nada en el cuerpo, pero ya que un día para otro le coloquen algo así como que esto no es de uno...*” (SSA 0250).

3.1.1.2 Hacia el habitus de “estilos de vida saludables”, un discurso sistemático para el mantenimiento de la presión arterial.

En el ejercicio de las prácticas individuales, emerge de manera reiterativa, la adopción de “estilos de vida saludable”⁴⁹ como ejercicio que cumple una función complementaria al tratamiento de la presión arterial alta. Las recomendaciones dadas por los cuidadores de salud desde los diferentes escenarios de atención, resaltan, en todo momento, la adopción de prácticas de autocuidado⁵⁰ a

⁴⁹ Los estilos de vida, se fueron posicionando desde el discurso epidemiológico con una perspectiva positivista, incluyendo la noción de riesgo y delegando las responsabilidades de la salud a las propias personas (Menéndez, 2009). La biomedicina ha puesto énfasis en los escenarios donde interaccionan las personas y donde deciden asumir prácticas que favorecen, o no su salud, a través de un dispositivo denominado estilos de vida saludable, sin embargo, existen limitaciones en la incorporación de procesos de carácter social, cultural, político y económico que constituyen tales procesos (De Almeida Filho, 2000).

El discurso epidemiológico tradicional, se restringe en incorporar en su análisis referente a los estilos de vida para la salud, una mirada desde el comportamiento de las personas como sujetos sociales, los cuales están condicionados por circunstancias de clase, edad, género y la etnia, junto con las elecciones que realizan (Cockerham, 2005). En este proceso, las dinámicas asumidas en el entorno familiar, así como en el contexto del grupo social, las experiencias moldean las decisiones de las personas que las lleva a definir cuál estilo de vida asumir. En la adopción de los estilos de vida saludable, no basta con una serie de recomendaciones que brinda el cuidador de salud y, paso seguido, lograr que las personas los adapten de manera inmediata, aun considerando que, en los espacios de la consulta médica, el tiempo es restringido, además que la información entregada, se ocupa de abordajes anatomo fisiológicos, es decir, no basta con mencionar en el discurso la recomendación de asumir los estilos de vida saludable, se requiere de la acción.

⁵⁰ El concepto de autocuidado está relacionado con diferentes representaciones que aluden al proceso de cuidado del cuerpo y la salud, incluye la práctica de actividad física, alimentación balanceada, así como ser valorado por cuidadores de salud profesionales y curadores locales. El autocuidado forma parte del modelo de autoatención que incorpora los saberes y las representaciones de los grupos sociales donde se llevan a cabo las primeras acciones sobre el propio cuerpo y los padecimientos que le retan. Este proceso puede incluir la automedicación, ya sea de fármacos o remedios caseros. En la atención de enfermedades como la presión arterial alta, la biomedicina crea discursos que fomentan el autocuidado, a

incorporar por parte de las personas. Se denotan cuatro prácticas en el portafolio de recomendaciones expresadas por los cuidadores de salud: la alimentación, la actividad física, la eliminación del consumo de tabaco y la restricción en la ingesta de licor.

Para adentrarse en los estilos de vida saludable, es necesario comprender el habitus como elemento generador de prácticas sociales determinadas por el espacio social y el campo social. Bourdieu (1996), considera el habitus como una formación duradera generada por un proceso de interiorización de principios, los cuales se perpetúan y responden a esquemas de percepción, pensamiento y acción. El concepto de habitus se relaciona según Bourdieu (2002), como la manera en que se interioriza lo social y se encarna e incorpora a la subjetividad de las personas, logrando incidir en la materialización de las prácticas cotidianas. Está constituido por un sistema de disposiciones permanentes que han sido adquiridos y transferibles, y es a través de estos que las personas perciben el mundo y actúan en él. El habitus se estructura socialmente y es interiorizado en la medida en que las personas construyen la historia, al mismo tiempo, van definiendo estructuras mediante las cuales se producen y clasifican pensamientos, sentimientos, maneras de ver la realidad y por supuesto el actuar de los sujetos y su relación con los agentes sociales. Estas maneras de actuar se definen desde la infancia y a través del curso de la vida mediante procesos de socialización que permite ir incorporando el mundo del yo y de los otros, a partir de prácticas individuales y colectivas mantenidas a lo largo del tiempo según la experiencia vivida. En este sentido, el habitus no es una estructura inmóvil, quieta, estática, por el contrario, es un proceso continuamente en movimiento, construcción y reestructuración, además de diversas formas de adaptación que constituyen nuevas prácticas. (Bourdieu, 1994).

Bourdieu (1977: 72) define el habitus como

"sistemas de disposiciones duraderas y transponibles, estructuras estructuradas predispuestas a funcionar como estructuras estructurantes, esto es, como principios de generación y estructuración de prácticas y representaciones que pueden ser objetivamente reguladas y regulares sin ser el producto de la obediencia a reglas, colectivamente orquestadas sin ser producto de la acción organizada de un director de orquesta".

través del consumo de medicamentos y el cumplimiento de los regímenes terapéuticos, generando acciones para el cuidado de la vida. Desde esta lógica del autocuidado, las personas aprenden a cuidar su propio cuerpo y su salud, basados en el contacto con la biomedicina como modelo hegemónico.

El habitus es la manera en que los sujetos y la sociedad se encuentran; lo hacen a través de diversos significados que se comparten, contruidos por el aprendizaje, la apropiación y el control que definen los campos sociales donde se desenvuelve la vida. El habitus por ende, corresponde a acciones que perduran, las cuales se encuentran inscritas en la profundidad de los sujetos, definiendo la manera como se ven las cosas y determinando el contacto con los demás. Interioriza la exterioridad y define las prácticas de la cotidianidad. Es producto de la historia y, de este modo, mantiene de manera activa las experiencias pasadas, configurando percepciones, pensamientos y acciones que conformarán el modo de llevar a cabo las prácticas a través del tiempo; es por esta razón que las personas no requieren hacer esfuerzos para ponerse de acuerdo, a fin de mantener la continuidad de las organizaciones sociales, pues ya están definidas a través de estructuras conformadas por símbolos y prácticas. Es debido a estas dinámicas, que las maneras de actuar de los sujetos en ciertas experiencias y aprendizajes tienen más influencia que otras, las cuales se establecen según el proceso de socialización que tuvo su génesis en la infancia. Tales estructuras hacen que las personas vean restringidas sus elecciones, su libertad de escogencia, porque el habitus forma parte de disposiciones que se pueden reactivar a través de conjuntos de relaciones diferentes y obedecer a conjuntos de prácticas distintas que las están determinando.

Un elemento clave en el abordaje del habitus y la presión arterial alta, se relaciona con que las prácticas se aprenden a través del cuerpo y se van asumiendo en la medida que se dan los procesos de familiarización de las prácticas que, de alguna manera, no pasan por la conciencia, es decir, incorpora la interiorización de los esquemas cognitivos, perceptivos y el reconocimiento de los grupos sociales en el que están embebidas las personas, donde se las educa, y a partir de estos referentes, se reproducen los valores, así las cosas, se asumen esquemas de manera involuntaria e inconsciente, donde cada personas está sujeta al grupo social y a los esquemas que haya asumido. El habitus, denominado también como capital cultural, corresponde a un principio unificador de todas las prácticas y, así mismo, las genera. Es con estas prácticas que, el agente social, actúa en el espacio social y apropia el habitus, mediante el cual, espontáneamente lo reproduce en los diferentes escenarios del campo social.

Bourdieu (1996), al hablar de estilo de vida, lo asume como un sistema de prácticas inmersas en una clase social donde, el cuerpo es sometido a normas y una serie de órdenes preestablecidos del espacio social, generando fuerzas externas que lleva a las personas a aceptar maneras normalizadas de actuar con la cual adopta un estilo de vida determinado. Ese estilo de vida, tiende a ser adoptado de conformidad con las prácticas del grupo social donde se desenvuelven y, obedece, a una práctica socialmente construida. Los estilos de vida tienen influencia sobre las costumbres,

creencias, gustos y necesidades de las personas, en ese sentido, la capacidad adquisitiva, así como la clase social, influyen de manera categórica en las decisiones de las personas, ya sea a favor o en contra de los hábitos saludables. Si los sujetos están circunscritos a una misma clase social, existirá la tendencia a compartir similares estilos de vida, por tanto, poseen oportunidades parecidas.

La definición asumida por la OMS acerca del estilo de vida, versa como la “forma general de vida basada en la interacción entre las condiciones de vida en un sentido amplio y los patrones individuales de conducta determinados por factores socioculturales y características personales” que, si bien, toma algunas consideraciones de lo revisado hasta ahora, no queda dotado del sentido estructural que lo plantean los autores referenciados. El ajuste de estilos de vida no se da de manera inmediata como pretende la biomedicina, las personas y su padecimiento aluden a una experiencia que al inicio genera relaciones de conflicto entre la persona y su campo social en el intento de vincular recomendaciones médicas. No es extraño encontrar personas que, por la vinculación de ajustes en su cotidianidad, se sienta más afectado, más enfermo, por limitarse en la realización de actividades que le permiten libremente desenvolverse en su contexto habitual (Gazzinelli, 2005).

En suma, todas las personas poseen una serie de condicionantes existenciales, desde lo social, económico y cultural, las cuales definen un habitus, una estructura constituida por prácticas y representaciones con las cuales organizará su actuar y dará respuesta a los retos impuestos por la cotidianidad (Huerta-Alvarado, 2001).

3.1.1.3 Hoy estamos como simples no? El ajuste a las maneras de alimentarse.

Junto a las recomendaciones indicadas por los protocolos para la atención de las personas, hacer presión arterial requiere de la incorporación de formas “saludables” de alimentarse; estar activo físicamente; eliminar el consumo de tabaco; así como limitar el consumo excesivo de alcohol. Estas recomendaciones están presentes en las consultas, cada vez que las personas asisten a sus controles, de todos modos, asumir en la cotidianidad estas prácticas, se convierte en un reto que no solo está definido por las buenas intenciones de las personas para asumirlos, sino, que se encuentran determinados por las particularidades sociales, culturales, políticas y económicas donde se movilizan las personas.

Libardo, de acuerdo con los análisis de laboratorio, tiene el colesterol alto y por “las nubes” los triglicéridos, le han recomendado incorporar en su alimentación, un mayor consumo de frutas y verduras; menos comida con grasas y carbohidratos y, serias restricciones en el consumo de sal. En cada visita al control del médico, se le reiteran las recomendaciones, sin embargo, las analíticas del

laboratorio delatan los comportamientos que dejan entrever que los parámetros de normalidad de “las grasas” están alterados. Desde el día de la cita del control y hasta cerca de tres o cuatro días más allá del encuentro con el médico, la cantidad de comida empieza a ser menos generosa, ingiere más ensalada y no se escucha ningún comentario como “falta salsita” u ¿“hoy estamos como simples no?”, “poco contentos” al hacer referencia a la percepción de la simpleza de la comida.

“Es sábado, son las 12:30 del día, hoy se han comprado los productos para comer, olores a cilantro y tomillo circundan la cocina, parece que hay sopa; con toda calma me acerco a Trinidad, la abordo por la espalda asomándome entre sus hombros; le pregunto por el menú; sigilosamente me dice “hoy hay la sopa que le gusta a su papá”, miro alrededor, los carbohidratos han formado clanes con los tubérculos, las hierbas aromáticas abrazan la carne de res, un cereal blanco llama la atención en un plato de color vivo, y unas verduras frescas asoman sobre una pequeña taza de vidrio. Busco el balance entre ellos en virtud de los protocolos dietéticos; no lo encuentro; no aparece; percibo inequidades... otra vez las verduras dejaron de ser las protagonistas, por fortuna, los saleros bonitos de cerámica que secuestró mi hermano, no han regresado” (Diario de campo, 2019).

Libardo hace diez días estuvo en control por medicina general, las recomendaciones sobre la alimentación se fueron desvaneciendo en la medida que pasaron los días. Las formas de alimentación y su ajuste, de acuerdo con requerimientos biomédicos, tienen trayectorias complejas que de alguna manera no logran materializarse. Si la manera de alimentación se relaciona con mantener el estándar de cifras tensionales, entonces hacer presión arterial aquí, salta a un escenario cotidiano, donde confluye la historia, las costumbres, los saberes, los sabores y la satisfacción del acto de comer. La preparación de los alimentos está a cargo de Trinidad, ella tiene cada día una alternativa desde su cocina para ofrecer a sus comensales. Libardo es el asistente de cocina, la inspiración e influencia para lograr un plato sabroso. Ella se deja influenciar, sin embargo, es quien establece el orden, cocinando con poca grasa, consumir ensaladas y evitar alimentos dañinos.

Libardo come lo que haya en la mesa, ya se conoce las reglas de su compañera de vida, aun así, desestimar esas reglas y, ocasionalmente disfrutar de un plato sabroso⁵¹, puede llevar a

⁵¹ Mintz (1996) describe que las personas les asignan a los alimentos ciertos atributos y significados que les confiere características para su clasificación y, en ese sentido, su elección se condiciona en virtud de la condición económica, la edad, el nivel de salud, la imagen del cuerpo, entre otros. En este contexto, se dan una serie de decisiones relacionadas con la disponibilidad y la accesibilidad a los alimentos, así como los horarios dispuestos para el desempeño laboral, grado de

considerar que *“pecar un poco no ha de hacer daño”*. Si bien se conoce desde la biomedicina⁵² la influencia en las cifras de la presión arterial las implicaciones de una dieta rica en grasas y carbohidratos, para que una persona incorpore el hábito de alimentarse saludablemente, se deben dar diferentes modos de coordinación para lograr adoptar y adaptar maneras de comer basado en criterios equilibrados de cada grupo de alimentos.

Alimentarse es un acto que denota complejidades. En el caso de Libardo, inicia con adquirir los alimentos en determinados sitios. Se abastece de la galería del municipio de Timbío (a quince minutos de Popayán). Le gusta ir allí con Trinidad, pues *“todo es fresco”*. Hizo amigos que le proveen muy buenos productos y no están cargados de fungicidas, además, puede caminar tranquilo por la calle, debido a que en la ciudad las cosas se han vuelto complejas por el tema de la seguridad. No le gustan los supermercados, ni el ruido generado por esos encierros. Tomar la decisión de qué alimentos comprar, tiene correspondencia con la forma de alimentación, tanto como las alternativas para la cocción; decidir si asado o frito, cocido o a vapor, junto con la cantidad de comida y la utilización de sal y condimentos. Libardo considera que, si hubiere desbalance entre los grupos de alimentos, se vería una alteración de su peso corporal⁵³ y sus dinámicas fisiológicas que, delataría el comportamiento de su estilo de alimentación.

La alimentación desequilibrada y el consumo de ciertos alimentos, junto con la cantidad, frecuencia y horario, vista desde la perspectiva biomédica, puede representar estigmas para las personas. Un rastreo por las cocinas⁵⁴ para conocer las prácticas de comer, me permitieron dar cuenta que las tradiciones culinarias, además de los productos básicos para la preparación de alimentos, mantienen características de la región andina. Plátanos, papas, cebollas, arroz, yuca, arracachas, gallinas, carne de res y de cerdo, panela, café, frijol, lentejas, pastas, harina de trigo,

ocupación, cuidado de la familia y la exposición a alimentos novedosos. Por otra parte, se dan significados al interior de la familia, respondiendo a cómo preparar los alimentos, con quién, dónde, qué comer, entre otros.

⁵² La biomedicina hace referencia al sistema médico desarrollado en Occidente desde la ilustración, se caracteriza por asumir la distinción cartesiana entre cuerpo y mente, y por su comprensión de las enfermedades como entidades definidas producidas por causas únicas (Comelles y Martínez, 1993).

⁵³ El peso elevado y el perímetro abdominal se ha considerado un parámetro que indica riesgo cardiovascular. El control del peso se encuentra asociado a los programas de seguimiento de las personas que padecen presión arterial alta y diabetes mellitus.

⁵⁴ Los hábitos alimentarios se han considerado desde la antropología como formas de comportamiento arraigados en las dinámicas de la cotidianidad, las cuales son asumidas por las personas dentro de un contexto cultural. Estas formas de comportamiento, obedecen a una práctica rutinaria y espontánea que determina la selección de los alimentos a ser consumidos por los sujetos de un grupo social, definiendo sus costumbres alimentarias. En este sentido, el abordaje de las dinámicas socioculturales adquiere una importante relevancia en el proceso de la alimentación (Messer, 1989).

huevos, grasas, azúcar y aceites, son los principales insumos para hacer comida en el día a día. Las frutas y verduras, desempeñan un papel secundario en la culinaria. Los saleros forman parte de la indumentaria acompañante de la mesa; pareciera que no pueden faltar; siempre un recipiente que contiene el mineral blanco es de fácil acceso. Varias presentaciones de contenedores pequeños en formas de vacas, gallinas, cocineros, de plástico, cerámica y metal, indican su presencia lista para adobar y dar alegría a la comida. Relatos como el de Marisela, dan cuenta de algunas tensiones en relación con el proceso de alimentación

“[...] yo antes que dijeran que sufría de la presión no me cuidaba, comía lo que quería, frijol con chicharrón... harina y mucha grasa, cuando uno sufre con la presión, ya empiezan a ponerle cuidado a la comida, a tomar más agua ... Uno ya ve que puede hacer y lo que no... la sal se la prohíben totalmente, eso es duro...” (SSA 060).

Los cuidadores de salud plantean, en el ejercicio de la consulta, el ajuste de las formas de alimentación como estrategia para la reducción de riesgos cuando se sube la presión arterial. Tales recomendaciones se encuentran establecidas en los protocolos de atención, siguiendo recomendaciones estandarizadas desde la perspectiva biomédica, restringiendo las dinámicas socioculturales en las cuales se hallan inmersas. Al considerar sólo una mirada biologicista, enfocada al padecimiento de las personas, se tiende a una medicalización de la alimentación, donde se definen parámetros predeterminados para brindar asesoría nutricional, aludir a la normalización dietética, junto con la imposición de un régimen alimentario. Esta tendencia biomédica, ha enmarcado al proceso de alimentación en un análisis nutricional más que al acto de comer en sí mismo, estigmatizando una buena parte de los alimentos disponibles en el contexto regional caucano, virando la mirada más desde el conteo de calorías que, los aportes que hacen los grupos de alimentos. Esta dinámica ha llevado a establecer parámetros de auto responsabilidad, así como responsabilidad moral en el ejercicio del cuidado del cuerpo (Gracia, 2007).

Las recomendaciones en la alimentación desde los servicios de salud, establecen los criterios acerca del qué comer, del mismo modo, el cómo, la cantidad y en qué momento, además del por qué y para qué (Contreras y Gracia, 2005), estableciendo prácticas que resultan problemáticas en la medida en que se enfrentan con las realidades del campo social y cultural al que pertenecen las personas. La pretensión del sistema de salud en este sentido, es establecer “un conjunto de normas, recomendaciones y guías nutricionales, cuyo objetivo es la modificación del comportamiento alimentario, más allá de lo puramente nutricional. Su finalidad es la de conseguir cierta homogeneidad alimentaria en el entorno familiar y sociocultural” (Navas, 2008). Estas

recomendaciones implican una problemática, pues el cuidador de salud como experto, inserta un instrumento de control de la conducta alimentaria, dirigido a un proceso de civilización del apetito (Menell, 1992) que pretende hacer modificaciones y control de la cotidianidad de la vida, como un ejercicio de biopoder con implicaciones no solo desde la naturaleza del acto de comer, sino, también, de las implicaciones generadas por adquirir alimentos con determinadas características⁵⁵.

Desde el discurso de la biomedicina, en pocas ocasiones se conversa de las características de los alimentos y sus variadas formas y propiedades. El gusto, el sabor, el olor, el grado de disfrute de los alimentos, quedan relegados, y de manera antagónica, el principal discurso que acompaña los temas de la alimentación se torna normativamente médicos. Estas prácticas biomédicas, definitivamente no se correlacionan con las prácticas que existen en las cocinas (Ibañez, 2014)⁵⁶.

El peso elevado y la obesidad se consideran factores de riesgo⁵⁷ en la producción de enfermedades cardiovasculares, el discurso biomédico en la consulta por parte de los cuidadores,

⁵⁵ La comida es entendida como un lenguaje arraigado en la dinámica cultural, un proceso de comunicación y un sistema semiótico (Sahlins, 1988) insertado en las costumbres que simbolizan las relaciones sociales (Douglas, 1995). Al momento de seleccionar lo que se va a comer, o lo que no se va a comer, inciden aspectos materiales desde la capacidad económica, demográficos, geográficos y ecológicos, afectados por condicionantes socios políticos permeados de una dinámica capitalista de producción, comercialización, distribución, selección adversa y del consumo de alimentos (Contreras y Gracia, 2005). Los conceptos políticos entran a jugar un papel decisivo en los escenarios del sector salud, el proceso de alimentación no está excluido, siendo asumido desde un enfoque dominante desde el biologicismo con una pretensión puntual de ajustar los modos de comportamiento de la alimentación, buscando homogeneizar estas formas para lograr un orden y control social.

⁵⁶ El comportamiento alimentario, se define por medio de un modelo cultural, desde una convicción de cuidar el cuerpo, a través de restricciones en el uso algunos grupos de alimentos, así como, la vinculación de prácticas de ejercicio físico que, de alguna manera, están condicionados por mecanismos de control social para lograr un cuerpo armonioso que denote un cierto nivel de salud. Parece que la delgadez que implica una serie de sacrificios en el acto de comer, se percibe como un proceso favorable para la salud, sin embargo, su materialización lleva a limitarse en términos del consumo de alimentos que requieren de sacrificio, disciplina y voluntad (Gracia y Comelles, 2007). No es lo mismo asumir un régimen de ajuste del proceso de alimentación por tener un padecimiento (recetado por el médico), que adquirir un compromiso personal para lograr sentirse “saludable”. Aquí la constitución retórica de la biomedicina, determina formas de poder en relación con alcanzar metas para el control del peso y el riesgo cardiovascular.

Además de los componentes socioculturales, políticos y económicos que determinan los procesos de alimentación, juega un preponderante papel los aspectos individuales de las personas desde el punto de vista psicológico. Desde ese plano mental y emocional, se configuran diferentes procesos que aluden a la toma de decisiones en relación con las decisiones alimentarias, tal como lo plantea Contreras (2002), “la comida no es sólo una necesidad biológica, sino que sus funciones sociales y psicológicas son muy significativas” (Contreras 2002: 16). La influencia de lo psicológico se relaciona con el conocimiento teórico de un estilo de alimentación saludable, este saber por sí solo no tiene la capacidad de ajustar las prácticas de alimentación en la cotidianidad de manera continua. Estas consideraciones deben estar muy presentes en el ejercicio de conversación de las personas con presión arterial elevada, pues, “la gente come para satisfacerse a sí misma pero no a los nutricionistas” (Contreras 2002: 51).

⁵⁷ Desde el actuar biomédico, parece que el cuerpo ha sido allanado. Como plantea Le Breton (1998), el cuerpo corresponde a un alter ego sometido a las normas dominantes y que, a su vez, relega al individuo a una posición subordinada respecto de su propio cuerpo. Se ha estigmatizado el peso elevado, tanto física, psicológica, cultural y socialmente, abriendo posibilidades para intervenir, a través de paradigmas medicalizados, así como mercantilistas, donde

incorpora continuamente recomendaciones en la limitación de alimentos con alto contenido de grasa y carbohidratos, lo mismo que el consumo de frutas y verduras “[...] pues ya cosas que me dicen que haga, ya no consumo, más que todo la grasa, fritos ya le mermé y era más gordo, todo barrigón, entonces ahora ya me bajó un poco ...” (SSA 0130); “[...] yo creo que lo único sería adelgazarme lo más que pueda, así se puede equilibrar la presión...” (SSA 060). La carne y los productos que contienen cerdo es estigmatizada por su alto contenido de grasa y se considera dañina “[...] esas comidas que hacen tan raras con ese cerdo y todo eso, eso sí es mortal...” (SSA 080).

Lecube et al. (2006) plantea que, desde el discurso biomédico y un abordaje de carácter individual para incidir sobre la pérdida de peso y su mantenimiento, han tenido serias limitaciones. Si bien al inicio de las actividades en el intento por ajustar las dinámicas de alimentación se logran algunos resultados, una buena parte de estas recuperan su peso y se pueden ver abocados a presentar efectos adversos en su salud.

La preparación de la comida se considera una categoría de cuidado que aporta a la disminución de los riesgos relacionados con la presión arterial, tal como con la diabetes. Consideraciones como la calidad de los alimentos, el uso de sal y azúcar; cantidad de alimentos y, limitación de las grasas, son prácticas que apoyan las recomendaciones para el mantenimiento de la salud, Esperanza lo relata como

“[...] de la forma que la cuido es cocinando simple, muy poquito, si es una coladita o chocolatico trato de que no esté muy dulce y de no darles cosas fritas ... cuando yo compro el pollito y la carnita, yo trato de que no esté gorda ... si la sopita tiene grasa, antes de servirles, con el cucharón llevo y le saco la grasa a un lado, yo le quito la grasita...” (SSA 0250).

Las condiciones económicas juegan un papel preponderante en la incorporación de las recomendaciones para ajustar las formas de alimentación, Maria Betty lo expresa de la siguiente manera “[...] me recomendaron dejar *la sal, el azúcar, que comiera mucha verdura, que frutas, pero uno pobre rara la vez que se come una fruta. No, y además, que por aquí casi no se da...* (SSA 090). Dentro del equipo encargado de atender a las personas con presión arterial alta se encuentran los nutricionistas, quienes a través de minutas y balance de los alimentos recomiendan “dietas” a fin de mitigar los riesgos generados por una alimentación inadecuada, no obstante, al no reconocer el

en los últimos años ha surgido un fuerte consumo de productos y formas de comportamiento que apoyan la definición de un cuerpo normalizado bajo medidas y de características de delgadez que simbolizan un “cuerpo saludable”.

contexto donde se desenvuelven las personas y las recomendaciones, quedan en eso, en recomendaciones! pues, materializarlas requiere de un buen ingreso económico y no es posible alcanzarlo, así lo relata Consuelo

“[...] ahora la nutricionista me mando a comer más veces, si a duras penas uno tiene para el desayuno, almuerzo y comida, ahora para lo que ella me mandó, mucha fruta, que porciones pequeñas y como seis veces al día y lo desconsuelan a uno peor ... le dije yo no tengo buena estabilidad para estar comiendo que pollo, que pescado, si a veces una sola vez come pollo a la semana y ahora que solo pollo y pescado y entonces...” (SSA 0180).

El ejercicio de ajustar el proceso alimenticio plantea varios retos donde no solo se ven involucrados aspectos económicos. La continuidad del proceso se ve truncada en la medida que pasa el tiempo y las recomendaciones en la adopción de una comida saludable, poco a poco se van desvaneciendo. Se considera un “pecado” consumir alimentos poco saludables y reincidir en la cantidad de la comida que se venía ajustando⁵⁸, sin embargo, el “aburrimento” producido por consumir verduras o frutas, es un aspecto que incide en la recapitulación de las formas de alimentación tradicionales basadas en carbohidratos y grasas, así lo expresa Argenis “[...] a veces uno peca, uno se aburre de comer siempre las verduras tantas, tantas, hasta las frutas lo aburren ... Entonces es ahí donde uno vuelve y cae...” (SSA 0150). Las dinámicas cotidianas hacen que el proceso de ajuste de la alimentación también se vea truncado como lo relata Jorge “[...] me dijeron que manejara el estrés y más que todo la alimentación, como yo trabajo en la construcción, es duro para ajustar la alimentación ... el café poco a poco fui dejando ...” (SSA 050).

Se describen mecanismos para reducir la grasa o eliminarla de las carnes o sopas a través del uso del limón. En el imaginario de las personas entrevistadas lo “ácido” baja la presión y elimina la grasa de las comidas para volverlas menos dañinas, así lo considera Benilda “[...] cuando yo era muchacha comía mucha grasa, pero me hacía muy mal la de marrano, pero, pues me gustaba el marrano, eso sí me fascinaba, mi mamá decía échele limón, y así estoy haciendo, le echo limón para cortar la grasa y así no me hace mal...” (SSA 0220).

⁵⁸ Los significados y atributos asignados a los alimentos, determinan las maneras de comer. Alimentos buenos y alimentos malos; que engordan; otros que adelgazan; adquieren un significado simbólico transversalizado por un proceso de estratificación social, donde los sistemas culinarios dependiendo del estrato, serán mejor elaborados y los alimentos tendrán más calidad con la respectiva traducción de obtener un mejor nivel de salud (Fischler, 1995).

Un aspecto de relevancia en el proceso de alimentación, está relacionado con el consumo de sal. Esta práctica está arraigada tanto en la preparación de la comida, así como en la mesa, donde se utiliza como adobo para “alegrar” la comida. Es frecuente, al servir la comida, hacer uso del salero de manera inmediata, aún sin haber percibido la cantidad de sal que contenía el alimento desde su preparación. La sopa, la carne, los huevos, las papas, plátanos, todos son acompañados de sal, así las cosas, su consumo se intensifica. Lidar con la disminución de su consumo, lleva consigo retos asumidos al inicio del tratamiento, de todas formas, poco a poco se retoma su consumo en la medida en que la comida no sabe de la misma manera, tal como lo expresa Clara “[...] yo me puse a cocinar bien simple... yo tomaba el jugo sin dulce, el café sin dulce... la comida sin sal y viera cómo me puse de bien, pero eso también lo aburre a uno, pues, dejé de hacer eso y volví otra vez (SSA 080). “... me dio duro fue dejar la sal, pero poco a poco uno lo va dejando ...” (SSA 050). Las comidas sin sal tienen una similitud con la comida de los hospitales, no muy apetecida por su aspecto, olor y sabor. En ese sentido, limitar el uso de la sal, lleva a la insatisfacción en el proceso de comer “[...] ya dijeron que toca mermar la sal, la azúcar, las harinas, uno ya se siente como un poco mal...” (SSA 0130).

Ibañez (2014), plantea que el desarrollar una enfermedad crónica está ligado a la dieta, a las formas de alimentación y, en ese sentido, desde la biomedicina, se recomienda una determinada conducta alimentaria para prevenir o lidiar con este tipo de padecimientos donde el discurso está basado en el riesgo. Este aspecto llevó a prácticas biomedicalizadoras de la vida y el cambio de la salud a través del control de los riesgos para mantener un cuerpo sano.

3.1.1.4 El discurso de la práctica de actividad física regular.

Realizar actividad física y evitar el sedentarismo, ha sido una recomendación reiterativa en el discurso biomédico. La directriz está dada a personas con la presión arterial alta o normal. Discursos desde la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad, insisten en incorporar en las políticas públicas de salud, estrategias para fomentar la práctica semanal de actividad física de manera sistemática, de hecho, en el caso colombiano, existen corporaciones del orden público y privado encargados de definir y ejecutar proyectos a nivel local y regional para incentivar a las personas en la práctica de actividades lúdicas y fomento del deporte en todos los grupos de edad. Sin embargo, las complejas dinámicas sociales de un entorno contaminado de equipos tecnológicos y mercados de la industria automotriz, facilitando el acceso a vehículos de transporte particular, entre otras cosas, hacen que cada vez menos personas se dispongan a realizar actividades recreativas y deportivas.

“Es una tarde de domingo, invito a caminar a Libardo, logro desacomodarlo del sillón frente a su grande televisor, nos acercamos a los parques del barrio, apreciamos pocas personas, una pareja trota con vestimentas estilo deportivo, de repente, me comenta que ha dejado de trotar por su mala experiencia con el canino que le alcanzó el glúteo hace unos meses. Se lleva su mano al abdomen y, por encima de su camisa, acariciando el epigastrio, manifiesta que, a pesar de todo, no le ha crecido, la tiene controlada, que, así como su peso, su barriga se ha mantenido” (Diario de campo, 2019).

Dos aspectos se asumen como factores de riesgo desde la biomedicina en el proceso de valoración de los pacientes: el peso en kilogramos y la circunferencia abdominal. El desvío de los parámetros del índice de masa corporal y el valor en centímetros de la circunferencia abdominal de más de 87 centímetros, hacen referencia a dos procesos determinados por la forma de alimentación, la genética y la práctica de actividad física.

Libardo camina todos los días en el trasegar de las actividades diarias y rutinarias, no obstante, la práctica de actividad física que le demande mayor esfuerzo muscular está restringida. Considera que él camina y, con el solo hecho de caminar al centro de la ciudad, ida y regreso, está cumpliendo con las recomendaciones descritas por el médico tratante. [...] *El médico me dijo que hiciera deporte, que caminara, que eso me ayudaría a que el corazón estuviera bien, y claro, yo camino todos los días*” (SSA 2019). De acuerdo con su rutina diaria rastreada por varias semanas, la práctica considerada como actividad física o deportiva, se aleja de los requerimientos propuestos para alcanzar los efectos benéficos planteados por la biomedicina. El sudar es un indicador considerado por Libardo como logro de la efectividad de la caminata, afirma que es suficiente para cumplir con el ejercicio recomendado por el médico. Hasta hace un año trotaba todas las mañanas y se exigía mucho más que ahora, los riesgos de accidentes de tránsito le hicieron desistir de mantener la travesía matutina. Su peso hoy en día es el ideal y eso lo hace sentir tranquilo, porque considera que tanto su alimentación, como las caminatas, le han ayudado a mantenerse *“bien de peso”*.

Mantenerse activo físicamente, fortalecer la salud del corazón y prevenir complicaciones cardíacas como los infartos y accidentes cerebrovasculares, es un tema a considerar seriamente. En la cotidianeidad, personas con el padecimiento, se movilizan para cumplir con las recomendaciones dadas en los controles médicos, sin embargo, el cumplimiento o no de los criterios para lograr los efectos deseados de la actividad física, tiene diferentes miradas desde los cuidadores de salud y las personas. Los efectos, en términos de intensidad de la actividad física, pueden no ser suficientes de acuerdo con los requerimientos establecidos para cumplir con el propósito que se busca. El discurso

modernista del sedentarismo, está bien posicionado en la actualidad. Los medios de comunicación, las vallas y aplicaciones de la internet, ofrecen una variedad de servicios para la práctica de actividad física en diferentes escenarios, los cuales van desde el hogar, los gimnasios, al igual que espacios urbanos. Las personas describen a la práctica de actividad física como un aspecto favorecedor de la salud de las personas y limitante de los riesgos generados por la presión arterial alta, además, se resalta el favorecimiento de la salud del corazón. En el ejercicio etnográfico, no hay descripciones que den cuenta de una práctica de actividad física llevada a cabo sistemáticamente, “[...] pues, nada lo que si hago es salir a caminar, a relajarme ... tomo mucha agua... voy a dónde mis hermanas... (SSA 060); “...yo camino y al trabajo me voy caminando ...” (SSA 030).

3.1.1.5 La abstención del consumo de alcohol para el control de la presión arterial

La decisión de evitar el consumo de licor no es para nada fácil, las bebidas alcohólicas son utilizadas en diferentes eventos de la vida social; fortalecen los vínculos con los amigos; hace que se cuenten historias; se ríen; y también surjan tristezas; en momentos hacen perder la conciencia y el coraje se demuestre usando la fuerza

“[...] en mi juventud tomaba cerveza con mis amigos hasta tarde, casi todos los fines de semana salíamos al centro del pueblo a conversar y terminamos bien prendidos, después que me dijeron que tenía la presión alta, no volví a probar nada, porque la droga y la bebida no la van; aunque mis amigos, los jubilados, esos sí que siguen tomando...” (SSA, 2020).

Libardo tuvo experiencias con el consumo de licor desde joven hasta buena parte de su edad adulta. Consumía cerveza “póker” debido a que otro tipo de licores le causaban complicadas experiencias corporales en esa etapa del “guayabo”⁵⁹. La decisión de dejar el licor, definitivamente, estuvo basada en su condición de enfermo de la presión arterial alta. El consumo de medicamentos y de licor simultáneamente, pueden generar ineffectividad de los tratamientos, así como también, reacciones adversas y el surgimiento de otros padecimientos como la miocardiopatía alcohólica, el aumento del sodio y calcio, que pueden agravar la presión arterial alta. El temor a generar complicaciones del corazón o de un ataque que afecte al cerebro y quedar “paralítico”, corresponde a un sentimiento que media la decisión de consumir alcohol.

⁵⁹ En Colombia el guayabo hace alusión al malestar que genera al día siguiente el consumo de licor en exceso, entre las manifestaciones se encuentra dolor de cabeza, náuseas, vómito, inapetencia las cuales pasan a saldar cuentas por sobrepasar las dosis de licor.

Libardo es pensionado desde hace 24 años de las centrales eléctricas del Cauca donde hizo su vida laboral. Sus compañeros de trabajo se jubilaron temprano, varios de ellos se reúnen frecuentemente a consumir licor en el *Parque Caldas* o en las instalaciones de la *Asociación de Jubilados*, donde al son del billar y los boleros, se toma aguardiente. Son varias las personas que, aun estando con la presión arterial alta, no han asumido el tratamiento estrictamente, desobedeciendo las recomendaciones de los cuidadores de la salud. Varias han sido las noticias trágicas sobre la suerte de los compañeros de Libardo que, aun estando afectados por la presión descontrolada, continuaron el consumo regular de licor y terminaron en el hospital, ya fuera con graves complicaciones, postrados en una cama y otros que fallecieron.

El hecho de limitar o eliminar el consumo de licor cuando se está enfermo de la presión arterial, connota una relación con la adopción de las recomendaciones recibidas por parte de los cuidadores de la salud de la biomedicina. El asignarle la responsabilidad de los desenlaces fatales al consumo de licor y en tratamiento farmacológico, hace que Libardo tome en consideración sus actitudes y decisiones frente al no consumo de licor. A pesar del dolor generado por la partida de sus compañeros de labores, un aliciente es que él ha adoptado las recomendaciones frente al no consumo de bebidas embriagantes y, esta decisión, representa un riesgo menos en la producción de complicaciones para su salud.

Libardo hace referencia a un estigma de los jubilados con el consumo de licor. En Popayán es frecuente ver a personas que terminaron su vida laboral departiendo en los parques y consumiendo licor, probablemente son jubilados, argumenta. Estos comportamientos pueden ser propios de dinámicas familiares donde se adolece de miembros que acompañan a las personas para brindar cuidado y apoyo. Las personas entrevistadas, consideraron que el consumo de alcohol puede afectar la presión arterial, esta consideración, es infundada desde el discurso biomédico en el portafolio de recomendaciones para limitar alteraciones de la presión arterial. “[...] *ya uno no puede tomar, ya no puede trasnochar, ya todo eso... ya en estas temporadas, yo tomaba aguardiente, ya no... (SSA 0130); “[...] el alcohol sí puede influir mucho en la presión arterial, yo nunca más volví a tomarme un traguito ni nada de esas cosas...” (SSA 080).*

3.1.1.6 La eliminación del consumo de tabaco

Libardo recuerda que en su vida nunca consumió cigarrillos, sus relatos haciendo alusión a su juventud, describen que se reunía con sus amigos a conversar y a tomar algunas cervezas. En una ocasión, le ofrecieron un cigarrillo “*piel roja*”; le enseñaron a introducirlo en su boca, a encender el cerillo y como iniciar a aspirarlo para que saliera el humo. La experiencia fue desastrosa, el humo

inundó sus ojos, sus pulmones se vaciaron abruptamente de la tos provocada y, su nariz, fue saturada por el olor fuerte del tabaco. Ni hablar de la técnica para tomar el cigarro, estaba entre el dedo medio y el anular, escena que provocó carcajadas por parte de sus amigos. Desde ese momento, no hubo un nuevo encuentro entre él y el tabaco.

El consumo de tabaco y la subida de presión arterial, se han relacionado en diferentes análisis en la literatura biomédica, el fumar se ha definido como una conducta social y un peligroso factor de riesgo, representando una de las principales causas de enfermar y morir por complicaciones cardiovasculares. La presión arterial tiene relación con la práctica del consumo de cigarrillo, las personas consideran el riesgo, no obstante, algunas deciden continuar su consumo, otras, suspenderlo después de un evento que comprometió su capacidad fisiológica y anatómica. Las personas describieron el consumo de tabaco con un riesgo que altera la presión arterial, así como un precursor en la producción de otras enfermedades relacionadas con el cáncer, daño pulmonar y de la piel.

“[...] yo fumé por ahí, espere le digo, unos dos años... cuando yo ya como que se me embotó la mente y dije, no esto no me va a llevar a nada bueno ... yo entré al camino del señor y ya hoy ya yo dejé eso porque me afectaba la presión... (SSA 0120); [...] él sufrió la trombosis por no tomarse las pastillas y por la presión, él fumaba mucho cigarrillo, entonces por no hacer caso al médico...” (SSA 0210).

3.1.2 Dispositivos de poder para el control de la presión arterial: experiencias en la consulta biomédica

Mucho de lo que las personas aprenden acerca de la presión arterial elevada, lo hacen cuando hay contacto con los saberes, las representaciones y las prácticas biomédicas en el escenario de los servicios de salud. Mantener la cifra tensional en 120/80 mm/Hg, requiere de la coordinación de varias prácticas que no solo se asumen desde la biomedicina, prácticas individuales en la forma de alimentación, la actividad física, el consumo de licor o consumo de tabaco, pueden determinar la condición de salud de las personas. Se resalta que las conductas a seguir una vez son diagnosticadas con el padecimiento, se establecen en la consulta médica, de acuerdo con parámetros de la biomedicina y a manera de recomendación en el ajuste de los estilos de vida de las personas, sin embargo, los alcances son limitados.

En 15 minutos de duración de la consulta de control, el tiempo se limita para realizar una valoración consistente y profunda desde categorías culturales, sociales, políticas y económicas que

caracterizan a las personas asistentes al consultorio. El cuidador de la salud, se centra en la verificación de los antecedentes personales y familiares; en la toma y análisis de la presión arterial; en la valoración de las desviaciones fisiológicas que le señalan los resultados de los exámenes y, en la confirmación del diagnóstico. Con estos insumos, define los criterios para catalogar el nivel de presión arterial elevada y establecer el tratamiento. Por otra parte, consideran la valoración por parte de profesionales especializados para indagar a mayor profundidad las manifestaciones fisiométricas comprometidas.

El sistema de salud en Colombia, implementa protocolos para la atención de las personas con alteraciones de la presión arterial en los hospitales, tanto de carácter público como privado y, a través, de procesos e interventorías desde la lógica de la gestión de la calidad, las autoridades en salud verifican que se dé cumplimiento a este tipo de intervenciones. Una vez la persona es diagnosticada con presión arterial alta, debe permanecer “adherida” al sistema de salud y bajo un estricto seguimiento para lograr cumplir con los propósitos del tratamiento. Al menos cada mes, debe tener contacto con los cuidadores de salud para chequear el nivel de presión arterial, así como el cumplimiento del tratamiento instaurado.

“Llegamos al hospital de nivel uno con Libardo, verifico que los documentos para la atención estén en regla, cabe la posibilidad de no atención sino trae consigo la “orden de apoyo⁶⁰”. Se queda sentado al lado del consultorio asignado, mientras tanto, hago la fila para facturar. Una petición especial a la facturadora, permite continuar con el proceso. Esperamos sentados media hora más. Los pasillos de ese lugar de paredes blancas y cuidadores vestidos de trajes de colores que van y vienen y personas esperando ser atendidas, dan un ambiente de frialdad. El médico llama a Libardo, logramos entrar. El timbre de voz da la apariencia que las cosas no han ido bien hoy, una mirada inquisidora se dirige al paciente y le pregunta: ¿cómo vas con tu presión, estás juicioso con el tratamiento? Libardo responde, sí, doctor, todo lo que me han dicho lo he hecho. El médico se concentra en su computador; escribe; luego se levanta; toma su fonendoscopio y tensiómetro; mide la presión; el resultado muestra cifras satisfactorias, un aspecto de tranquilidad ronda a Libardo” (Diario de campo, 2020).

⁶⁰ La orden de apoyo es un concepto creado informalmente desde las dinámicas de gestión de los servicios para autorizar la entrega de insumos médicos, farmacológicos, consultas de especialistas o exámenes que requieren las personas. Es un documento, una orden que aprueba la realización de las atenciones. La entidad encargada de generar este documento transaccional es la aseguradora, quien bajo criterios financieros y asistenciales decide aprobarlo o negarlo.

Acompañar a Libardo a una cita de control con el médico general, resultó ser un itinerario interesante que permitió analizar diferentes prácticas, las cuales se coordinan para materializar la atención. Caminar por el escenario hospitalario, permite la identificación de varios sucesos cargados de símbolos y prácticas que denotan diferencias entre los cuidadores de la salud y las personas que acuden a ellos. El porte de batas blancas y uniformes, empiezan a demarcar liminarmente el territorio, los estatus y significaciones sociales; el poder; la dependencia y la subordinación; así como la sumisión. Los uniformes del cuidador de la salud, les generan respeto y confianza a las personas y, de cierta manera, su simbología detenta el poder de curación que emana de esta.

Libardo da cuenta de la apropiación de todas las recomendaciones, las sigue al pie de la letra. Se toma medicamentos, va al control, ha ajustado su forma de alimentarse, camina, no consume licor y no fuma. Menciona incorporar tales prácticas debido a que no quiere morir tan joven y tampoco, desea estar postrado en una cama. Esta es la razón por la cual es muy cumplido en las fechas y en las horas de sus citas, para chequear cómo va su presión. Menciona que la atención del médico es *“buena, aunque la mayoría de ellos son malgeniados y no se les puede preguntar nada; a veces le responden; siempre están pendientes del siguiente paciente como si tuvieran afán”*. Indagar sobre cómo le fue en la cita lleva a resumirse en una frase: *“el médico me dijo que estoy bien, me felicitó por lo juicioso”*. Corroborar por parte del cuidador de salud que los pacientes han asumido con responsabilidad el tratamiento, es un fin de los profesionales médicos. Aunque Libardo no pone en consideración otros aspectos que denotan la integralidad⁶¹ en la atención, para él, saber que las necesidades del médico tratante con sus pacientes se resuelven con encontrar una presión arterial sin desviaciones y corroborar la adopción del tratamiento farmacológico, conjuntamente con estilos de vida saludable, se convierte en un favorable indicador de cumplimiento del protocolo.

Libardo ha asumido el tratamiento biomédico. En su cita de control, los datos obtenidos por el cuidador son suficientes para decir que *“está controlado”*. ¿Estar controlado a qué hace referencia en el escenario de un consultorio médico?; con algunos datos sugestivos de normalidad, se podría decir que está controlado?; ¿Cuál es el criterio para afirmar que una persona está controlada? El médico en su proceso de atención de 15 minutos⁶², valora al paciente, sin embargo, la consulta tiene

⁶¹ La integralidad de la atención en salud ha sido un principio que el sistema de salud en Colombia ha definido en el proceso de atención. Desde el año 2016, un marco normativo ha ajustado el componente estratégico del sistema a fin de gestionar desde la mirada de la integralidad las acciones para la salud pública, sin embargo, en la realidad la integralidad posee rezagos, al continuar una mirada transaccional de las acciones de salud que fragmenta la integralidad y atomiza las actividades.

⁶² Youmans y Bibbins (2017), han descrito a la limitación del tiempo en la consulta biomédica como una seria restricción para que el cuidador de salud pueda explicar detalladamente las consideraciones relacionadas al padecimiento que superen la lógica biologicista. Así mismo, la validación de la información para conocer si las personas han comprendido las

diferentes momentos donde las interacciones entre estos dos sujetos son intermitentes: anamnesis; diligenciamiento de historia clínica digital; medición de la presión arterial; auscultación; toma de frecuencia cardíaca; escritura en el computador. Toma del peso y medición del perímetro abdominal; registrar datos; preguntas del paciente; momentos de silencio; escritura de fórmulas y órdenes médicas del próximo control. Faltan tres minutos para completar el tiempo asignado de la consulta, el médico aconseja; dice que todo marcha bien, que continúe con los medicamentos y las recomendaciones. Libardo manifiesta tener una dolencia en los ojos, el médico le responde, eso necesita otra consulta, aquí solo se toma en cuenta el control de la presión arterial.

Para la asistencia de Libardo al control médico, le anteceden diferentes prácticas antes del contacto con el médico, es decir, el hecho de ser valorado por el cuidador requiere de haber tramitado una serie de acciones para materializar la consulta. Inicia con la solicitud de atención a través de líneas telefónicas o presencialmente en las instalaciones del hospital. Debe contar con las órdenes médicas enviadas en la cita previa; llevar sus documentos que lo acreditan como afiliado al sistema de salud; traer consigo los resultados de los exámenes de laboratorio realizados previamente; facturar la consulta del control y, a través de un código numérico, esperar a ser llamado por el médico asignado. Realizar estas prácticas, requiere por parte del paciente, toda la atención para el cumplimiento de las exigencias del sistema sanitario, de no acatar estrictamente estas solicitudes, la posibilidad de ser atendido puede desvanecerse y correr el riesgo de quedarse sin insumos para la continuidad de su tratamiento.

En la consulta se circunscriben varias materialidades para definir el proceso de salud de Libardo. El médico toma en cuenta los hallazgos de la historia clínica previamente diligenciada por el cuidador que le atendió. No siempre es el mismo cuidador el que le brinda la atención. Los exámenes de laboratorio, muestran posibles desviaciones de parámetros fisiológicos conducentes a tomar decisiones respecto del fortalecimiento del autocuidado, así como llevar al ajuste de la terapéutica o la valoración por parte de cuidadores especializados. Los resultados de la presión arterial, son dependientes de la manera en que se use la técnica para valorar la cifra y lograr un resultado más certero. Entre otras cosas, el paciente debe estar en reposo; en posición sentado y acostado; ubicar adecuadamente los instrumentos de valoración (y velar por su calibración); estar atento a los sonidos que denotan la sístole y la diástole. Desviaciones hacia arriba o hacia abajo en los milímetros de mercurio parametrizados, son un indicador del cumplimiento de las

indicaciones, quedan restringidas. Lo mismo ocurre en el ejercicio de exploración de creencias en salud y otros aspectos que denotan relevancia en las consideraciones a tomar en cuenta en el proceso terapéutico.

recomendaciones. La valoración del peso y el perímetro abdominal, utilizan instrumentos de medición como el metro y la balanza; para una adecuada valoración, la balanza debe estar calibrada. Un interrogatorio al paciente de cómo van las cosas, ayuda al galeno a identificar el éxito del tratamiento y a definir la conducta.

Las dinámicas asistencialistas dominantes en los escenarios del sistema de salud, están fuertemente permeadas por un sistema de conocimiento basado en la ciencia positivista estructurado desde los saberes y el prestigio de los expertos a quien se le ha delegado el poder de actuar y, a quien, se le ha asignado los recursos y procesos para operar desde el sistema de salud. El saber biomédico se encuentra en una categoría que funge como superior, en contraste con otras formas de atención que, precisamente se da, por mantener una fuerte relación con el saber científico - positivista (Foucault, 1963). Estas características le confieren particularidades que dan cuenta de una estructura colonial, moderna, eurocéntrica, determinante de procesos jerárquicos entre quienes poseen el conocimiento y quienes no (Menéndez, 1994).

Desde esta lógica de modelo médico hegemónico, se subsume el saber del cuerpo y todas las acciones que sobre él se llevan a cabo. Este saber está configurado desde la autoridad, en contraste con otros saberes, adquiriendo legitimidad y considerándose como el verdadero modo de relatar las realidades. En la dinámica de la atención en salud, se ha considerado tal cual, de esta forma, estableciendo un orden social que se impone en los escenarios del sistema de salud y también en los procesos de la vida cotidiana, conduciendo a la medicalización de una serie de procesos y fenómenos. Esta tendencia biomédica deja relegado al padecimiento y los daños de la salud como procesos sociales inmersos en la subjetividad (Menéndez, 1996). El aspecto asocial, ahistórico y la restricción de abordajes socioculturales, dejan al modelo biomédico despojado de la realidad basado en un sistema etiológico asumiendo solo parte de esa realidad, constituyéndose como carente y desviado de las dinámicas de las personas.

La linealidad con que se tratan las categorías biomédicas en relación con el tratamiento de las enfermedades, le imprimen un carácter fragmentario de la realidad al modelo biomédico, el cual aísla las causas de los padecimientos y le asigna una sola para explicar la enfermedad, excluyendo las diversas posibilidades de producción del padecimiento (Taussig, 1992).

Las experiencias y vivencias de las personas con presión arterial alta, inmersas en la consulta médica, son un claro ejemplo de lo que la biopolítica ejerce sobre la vida, resaltando el poder que la biomedicina impone sobre los subalternos acudientes a la contribución de la normalización de vida y la salud, a través de múltiples dispositivos de saberes y prácticas médicas, llevando a ejercer el

control sobre los cuerpos. El biopoder, se enfoca en el cuerpo como una máquina para adiestrarlo y llevarlo hasta la docilidad y, agregarlo, a un escenario de sistema de control económico (Foucault, 1979) en el que, mediante dispositivos disciplinarios, ejercen su actuar. De otra parte, el poder emerge como un instrumento de regulación de la población utilizando dispositivos de conocimiento como el sistema de salud, la vinculación de la epidemiología y la medicalización como estrategia biopolítica. El autoritarismo médico se materializa de manera categórica y toma como espacio para su emergencia, el no saber de las personas, así como el miedo y la incertidumbre frente a lo que dispone el padecimiento. En esta inmersión, las personas son como si perdieran su cuerpo, pues, se limita la capacidad de simbolizarlo, percibirlo, dejándolo a expensas del saber externo de otros.

Las disposiciones de los cuidadores de salud, actúan como tecnologías del yo (Foucault, 1995) que sobre el discurso del cuidado de sí mismo, deben adoptar una serie de hábitos como los estilos de vida, cuidado del cuerpo, asumir horarios incorporados a la cotidianidad, determinando ciertas frecuencias con seguimientos y condiciones, sin embargo, hay fricciones entre tales recomendaciones biomédicas y las dinámicas cotidianas de la vida, por tanto, desde la lógica científicista que caracteriza a la biomedicina, se asume de forma muy limitada, las dinámicas de la cotidianidad (Epele, 1997). Por otra parte, los escenarios clínico asistenciales, adolecen de dinámicas humanizadas que alivianen la dureza de la biomedicina en los procesos de atención. El abordaje del cuerpo para aliviar o curar las enfermedades, debe inscribirse necesariamente en un entorno alimentado de lo humanístico donde se considere a las personas como personas, esto es, como una entidad semántica, psíquica y social inserta en un campo social constituido desde las creencias, valores y costumbres, enmarañadas en el campo cultural constantemente determinando por la manera en que las personas interpretan y se expresan en retos como la resolución de los padecimientos (Martínez, 2002).

La recolecta de cada una de estas piezas para la construcción de un diagnóstico, llevan a valorar por parte del cuidador, las dosis y el tipo de medicamentos utilizados, además de la frecuencia de consumo al día. Si las valoraciones de los parámetros de normalidad se encuentran en los rangos de seguridad, la medicación continuará de la misma forma. El médico le comparte esta información a Libardo, verificando su comprensión. A esta “buena noticia” le acompaña un discurso que previamente ha escuchado a cerca de las indicaciones para mantenerse saludable⁶³

⁶³ En estas dinámicas de los encuentros entre médico-paciente, se destaca lo que Menéndez (1994) llama una relación asimétrica o jerárquica, donde el saber legitimado es poseído por el cuidador de salud y se encuentra en una dimensión superior, contrastado con el saber de las personas (un saber vivencial de su padecimiento). Se recalca la subordinación social, así como la subordinación técnica, que puede llegar a la sumisión de las personas, conduciendo a una actuación

“[...] le recuerdo don Libardo: tomarse los medicamentos muy cumplidamente, usted siempre ha sido juicioso con eso... póngale cuidado a la comida, bájale a las grasas, coma más fruta y verdura y no consuma la sal ... salga a hacer deporte al menos tres veces a la semana ... y venga al control para mirar cómo va... lo felicito porque está muy bien, siga así y verá que todo marchará bien” (Diario de Campo, 2020).

Libardo agradece por la atención al médico a pesar de no haberle resuelto la dificultad en sus ojos, le recalca que él es juicioso y sigue las indicaciones de los médicos, su propósito es vivir y vivir bien. El médico le entrega varios documentos, entre ellos, las fórmulas de los medicamentos, la orden del siguiente control, orden de exámenes de laboratorio y un folleto con indicaciones para su autocuidado. El encuentro con el médico obedeció exclusivamente a detallar aspectos anatómicos fisiológicos basados en las analíticas, antecedentes y la medición de la presión arterial. Claramente no hubo inmersión en aspectos psicoemocionales que hubiese deseado manifestar Libardo y recibir por parte del cuidador una respuesta a esas inquietudes. No obstante, en ese espacio de consulta de control, las lógicas biomédicas se imponen adquiriendo total relevancia. Por otra parte, en el encuentro, no se explora las necesidades del paciente y las dinámicas de su contexto familiar que pueden ser favorecedoras o, por el contrario, interferir en el logro de mitigar las incertidumbres ocasionadas por los denominados riesgos para la salud y la vida que posiciona el discurso biomédico.

El abordaje de los aspectos desde esta mirada, se dirigen no solo a la medicalización de la vida, sino a la centralización de su actuar en la eficacia pragmática, una de sus más sobresalientes virtudes que, a expensas de su categorización de un discurso superior, logra involucrar un monopolio traducido en alcanzar la colonización de la vida social (Mijtavila, 1998). En este sentido, la enfermedad no obedece a parámetros de normalidad o anormalidad, ni a una lista de manifestaciones clínicas, por el contrario, hace alusión a un compendio de experiencias vividas por las personas, las cuales están llenas de significados, interpretaciones y explicaciones mediadas por la cultura, al igual que la subjetividad de cada persona. En el momento donde el cuidador de salud no asume esta realidad, y la persona no hace conciencia de la multidimensionalidad de la enfermedad, deja, a expensas del profesional de salud, el control del tratamiento, así como el control de su propio cuerpo (Schmidt, 2006). La multiplicidad de situaciones que ocurren alrededor de la presión arterial

pasiva de los sujetos (Freidson, 1978). Por otra parte, la incorporación de medicamentos al tratamiento, detenta una marcada dinámica mercantilista que no solo se vincula en el escenario de la consulta médica, sino que trasciende a espacios de la vida y su cotidianidad, permeando el comportamiento de las personas que no deberían ser “patologizados”, sin embargo, se han considerado como enfermos y en consecuencia, deben ser “normalizados” con el discurso biomédico (Menéndez, 2003). Estas lógicas permeadas de instrumentos capitalistas han embebido el proceso salud-enfermedad-atención (Martínez Hernández, 2008).

alta, no puede, ni debe ser analizadas de forma aislada de las dinámicas de la vida social, pues están circunscritas a las experiencias que le dan sentido al proceso cultural de los sujetos (Langdon, 2010).

De igual manera, como lo plantea Canguilhem (1990), la salud implica la capacidad de reinventar ese conjunto de capacidades y poderes requeridos para enfrentar las agresiones a las que inevitablemente estamos expuestos, envueltas en un contexto social; "lo normal es poder vivir en un medio en que fluctuaciones y nuevos acontecimientos son posibles" y lo patológico "implica un sentimiento directo y concreto de sufrimiento y de impotencia, sentimiento de vida contrariada", donde el inicio de una enfermedad, corresponde a una tarea que debe empezar en la persona y, es complementada, por los cuidadores de la salud. Lo normal como presupuesto estadístico de alteración de medidas fisiológicas, limita la comprensión del proceso de salud y se hace necesario integrar a los procesos de análisis, aquella dimensión donde se vincula un cuerpo subjetivo.

La relación médico-paciente en el espacio de la consulta de control, adquiere una connotación mínimamente relacional, poco empática, ligada a la revisión de parámetros fisiológicos, sin trascender en aspectos emocionales. La comunicación entre el médico y la persona, está limitada a la revisión sintomatológica y de cumplimiento de recomendaciones en encuentros anteriores, sin la posibilidad de entablar una relación donde la persona tenga la posibilidad de ser escuchada, manifestar su sentir, identificar sus perspectivas frente a la vivencia de la enfermedad, conversar de sus temores e indagar sobre sus inquietudes. A pesar de años de convivir con la enfermedad, no hay del todo claridades en el afrontamiento y expectativas para lograr estar saludable.

Claramente se percibe que la relación médico-paciente⁶⁴, supone una relación jerarquizada en las cuales se ha definido retóricamente, quién es el agente activo y el agente pasivo (el paciente)⁶⁵. La dinámica del proceso de atención, lleva a confrontaciones de las cosmovisiones de los

⁶⁴ Como lo hace notar Laín Entralgo (1964), en su planteamiento de las condiciones básicas de la relación médico-paciente, basada a través de una relación de confianza, se deben dar tres aspectos fundamentales: ponerse en el lugar del otro; lograr sentir como el enfermo y; ayudar al enfermo en sus necesidades. En las condiciones donde se dan las prácticas de la consulta médica, existe una marcada divergencia entre lo que plantea Lain Entralgo y lo que realiza el médico. La fuerte tendencia positivista del actuar médico, imprime una limitada manera de ponerse en el lugar del otro, de hecho, las recomendaciones brindadas, se basan en puntos del protocolo, paso a paso, considerando a la persona como un agente receptor de información, mas no un agente activo al cual se le debe considerar sus particularidades que lo definen, para conciliar las recomendaciones de su tratamiento.

⁶⁵ Un acercamiento a la inclusión de la humanización, supone dar el reconocimiento de la subjetividad a la enfermedad, la cual debe ser interpretada como un proceso que es vivido y logrado experiencialmente por cada persona, con una filigrana de particularidades en un contexto sociocultural de características únicas (Ibañez, 2004). Los cuidadores de salud, deben dirigir sus actuaciones en relación con el manejo de estas situaciones, realizando un acercamiento que les permita estar más cerca del padecimiento (Martínez-Cortés, 2002). Si los cuidadores no entienden estos aspectos determinantes del

involucrados y a menudo a quebrantos en la comunicación, ocasionados por la diferencia de conocimientos, desafiando continuamente el entendimiento mutuo. Siguiendo a Taussig (1992), la relación médico-paciente corresponde a un proceso de interacción social y la enfermedad a un espacio de disputas de poder, las relaciones que surgen de estas asociaciones no serán más que instrumentales. Tomando en cuenta esta visión, el autor incorpora desde esta lógica que la enfermedad y su tratamiento les confiere un significado moral y social.

De otra parte, el médico no puede llegar a sentir como el enfermo, la dinámica que impone el servicio de salud con una consulta de 15 minutos, sólo considera aspectos técnicos con limitados acercamientos al proceso emocional, limitándose la generación de confianza para entablar una relación donde prevalezca el sentir de las personas. Por último, las necesidades de los pacientes, son amplias para el mantenimiento de su proceso de salud y la consulta es un espacio restringido para lograr resolverlas, en ese sentido, solo algunas necesidades hallan respuesta, las que, desde la mirada biomédica, pueden aportarse.

Al salir nos aborda la “enfermera del programa”, se ha enterado que la valoración del control, ha dado resultados favorables y nos invita a pasar al consultorio de promoción y prevención. Le comenta a Libardo que él forma parte del programa de “nefroprotección”⁶⁶, un programa especial creado por el hospital y desea actualizar los datos de contacto para mantenerse en continua comunicación. Le indica el propósito del programa, está relacionado con proteger el riñón y evitar complicaciones ocasionadas por un inadecuado tratamiento de la presión arterial alta y limitar la posibilidad de diálisis renal, una complicación frecuente en este tipo de padecimientos. Para finalizar, le comunica aspectos de autocuidado y recomendaciones con la alimentación, la ingesta de sal, la actividad física y la adherencia al tratamiento farmacológico.

Retirándose del hospital, le pregunto a Libardo si comprendió la información entregada y, cómo se sintió con la atención, responde que siempre es la misma dinámica que le corresponde realizar, las indicaciones se las sabe de memoria. Conoce a los médicos, así que ha sido una consulta donde “le fue bien” y está agradecido con quien le atendió. Ahora debe ir a buscar los

padecimiento, no se comprenderá los procesos que las causan y sus representaciones entran en tensión con las personas y su red social, generando una divergencia donde la enfermedad del paciente no es la misma del cuidador (Torres, 2002).

⁶⁶ Los programas de nefroprotección son actividades administrativas y asistenciales que se realizan a las personas con presión arterial alta y tienen como propósito evitar complicaciones relacionadas con daño renal que conlleva a un deterioro fisiológico de las personas y una mayor inversión en tecnología y recursos económicos tanto para el sistema de salud como para las personas y sus familias.

medicamentos, no sin antes solicitarle que le eche una mano con la búsqueda de unos códigos enviados al celular o, a través de una consulta por internet para reclamar los medicamentos, debido a que definitivamente, este tipo de consultas, no las puede realizar, pues, no maneja ni el computador, ni la internet, ni los teléfonos inteligentes.

3.1.3 El abordaje del cuerpo al que se le sube la presión

En la biomedicina, el cuerpo humano es sin duda el objeto privilegiado con que hace su práctica (Lock y Gordon 1988; Lupton 2012; Scheper-Hughes y Lock 1987). La percepción de los niveles de presión arterial, se realiza a través del abordaje del cuerpo⁶⁷ y las máquinas que traducen los milímetros de mercurio a cifras determinadas bajo parámetros establecidos, la normalidad o anormalidad de la presión arterial. A partir de los resultados, y si en efecto se corrobora desviaciones de los niveles estándar, el cuerpo funge como un referente cartográfico susceptible de medir, tocar, observar, contrastar, evaluar, a través de artefactos de diferente naturaleza que lo perforan, lo irradian, lo escanean; así mismo, se le medica; se le reta a cambiar de hábitos; se lo moviliza y lo estandariza. Esta mirada se incorpora con gran fuerza en los procesos de abordaje del cuerpo y en la materialización de prácticas terapéuticas para el control de la presión arterial.

En el rastreo de prácticas en el consultorio de los cuidadores de salud para la atención de las personas con presión arterial alta, se aborda el cuerpo, a través de artefactos para acceder a su medición. Se le abraza con el tensiómetro, se presiona sus brazos para lograr la lectura de los milímetros de mercurio; se ausculta con el fonendoscopio; se observa los ojos y los oídos a través de instrumentos luminosos; se pesa en una balanza, se mide con cintas métricas; se palpa con las manos del examinador; queda expuesto a la mirada de la biomedicina, se fija en lo anatómico fisiológico. En la construcción de su saber exige al sujeto, así como su historia, su contexto social y lo considera como un proceso cultural mecánico, donde, “vivir consiste en reducir continuamente el mundo al cuerpo, a través de lo simbólico que este encarna” (Le Breton 1995: 162).

⁶⁷ Canguilhem (1990: 53), planteaba que la medicina corresponde a “una técnica terapéutica situada en la encrucijada de muchas ciencias”, en la cual, la fisiología se asume como autoridad para referenciar las prácticas de la disciplina médica respaldada por el actuar de los cuidadores de salud. La fisiología determina el referente para contrastar las desviaciones del organismo que generan los padecimientos en los cuerpos valorados como normales o anormales objetivando el cuerpo y su funcionamiento. Los contrastes, valoran “tal como deberían ser y funcionar” los cuerpos para determinar su normalidad, a través de promedios numéricos, sin embargo, jamás un promedio aritmético podría representar las formas que constituyen a una persona. Si se asume lo normal como una categoría científica, el cuidador de salud universaliza y naturaliza la valoración, a través de su mirada, dando origen a funciones normalizadoras (Foucault, 2008) como referentes para el juzgamiento y constitución de un evento mórbido, donde la biomedicina se moviliza.

La biomedicina en los procesos de examinación, evaluación y tratamiento de la presión arterial alta, opta por asumir al cuerpo como un mero recipiente desde donde emergen signos y síntomas, como el modelo del cuerpo-máquina, susceptible de fragmentarse y recomponerse a través de la reorganización de sus partes que darán pautas para la incorporación de prácticas sociales en pro del capitalismo, y en ese sentido, alimentar la burguesía y la conquista del cuerpo (Le Breton, 1995). De esta manera, el cuerpo logra ser objetivado por la ciencia y se despoja de su complejidad abocados hacia una salud perdida, a una “vida silenciosa de los órganos” (Leriche, citado en Canguilhem, 1990).

Ahora bien, los cuerpos son territorios que contienen significaciones donde confluyen imágenes culturales que denotan convergencias complejas del proceso social y sus entramados. Los cuerpos están cargados de conocimiento, los cuales dan forma a símbolos culturales llevándolos a comprender las realidades, en ese sentido, como plantea Le Breton “del cuerpo nacen y se propagan las significaciones que constituyen la base de la existencia individual y colectiva” (Le Breton 2008: 71). En este mismo sentido, el cuerpo se elabora social y culturalmente y, en cada contexto, es diferente porque “el cuerpo no existe en estado natural, se encuentra aferrado a la trama del sentido” (Le Breton 2008: 73).

Las limitaciones de la biomedicina en abordar el cuerpo desde otras dimensiones cognoscitivas y su tendencia positivista, le llevan a considerarlo como un objeto susceptible de procedimientos técnico científicos para corregir desviaciones en su asunción como máquina defectuosa, la cual debe ser ajustada y corregida. Esta idea refuerza la concepción cuerpo-saber médico que apoya las dinámicas transaccionales y económicas que giran sobre el discurso del cuerpo-máquina en el proceso de atención de la presión arterial alta, aspecto ligado a la modernidad donde los intereses por la salud y la forma del cuerpo son relevantes (Le Breton, 2008). Las personas afectadas, poco a poco van adquiriendo un dominio técnico del cuerpo⁶⁸, moldeándolo,

⁶⁸ Como expresa Foucault (1975), el cuerpo se encuentra inmerso en un campo político en una relación cuerpo-poder, donde se dan imbricaciones con otros cuerpos. El cuerpo poseedor de un micropoder, se relaciona con otros micropoderes que afectan dinámicas desde lo social, político, económico, cultural, inclusive aspectos religiosos; dando forma a procesos normativos, acuerdos, convenios y relaciones en los cuales se encuentra involucrado el cuerpo. En esta serie de procesos, se dan métodos que llevan a controlar minuciosamente los cuerpos, a través de operaciones de fuerzas que les definirá relaciones de docilidad - utilidad (disciplinas), (Foucault, 1995a). Las disciplinas utilizan los cuerpos para establecer relaciones de saber-poder, y de esta manera, dar génesis a cuerpos dóciles, cuerpos útiles y estimular la producción mediante estrategias políticas. La medicina tomará una postura para definir funciones normativas que distinguirá entre lo normal y lo patológico, fundamentados en el riesgo (Foucault, 1995a) y definir prácticas sobre el qué y que no deben hacer.

La biomedicina claramente dinamiza un discurso desde la anatomopolítica, es decir, una tecnología de poder centrada en la docilización y potenciación del cuerpo para integrarlo en los sistemas de control (Foucault, 2001) que, a través de las prácticas del sistema sanitario, se va apropiando de la vida de las personas para administrarla, controlarla y regularla, de conformidad a una lógica asistencialista y biomédica, para “distribuir lo viviente en un dominio de valor y de utilidad”

ordenándolo, configurándolo a la luz de la biomedicina, llevándolo al despojo del ser humano hasta convertirlo en objeto, en algo impersonal.

Douglas (1984), desde una mirada ampliada, anotaba que las dinámicas fisiológicas del cuerpo podían abrirse a procesos culturales, donde confluyen un cúmulo de símbolos representados en el cuerpo por cuanto “el cuerpo es capaz de alimentar un sistema de símbolos naturales” (Douglas 1984: 41) mediante el cual, se constituye como una forma de expresión⁶⁹. Por otra parte, dicho con palabras de Merleau-Ponty (2000), el cuerpo no es un objeto en el mundo, se constituye en el punto de vista sobre el mismo, es a través de este que entendemos nuestra relación con el mundo mediante los espacios físicos e históricos donde se relaciona. Es a través del cuerpo que experimentamos el mundo y, además, llegamos a ser aprehendido por él. En las prácticas del ejercicio médico que se asumen para valorar los cuerpos con la presión arterial elevada, se indaga de manera rigurosa y científica, sin embargo, estas indagaciones, restringen la integración de los procesos somáticos a la vida personal donde “el cuerpo humano es la expresión, y en la corporeidad descansan las raíces de la individualidad, de la intimidad y del sentido de la moral; que se proyecta en la inviolabilidad de la personalidad, el mundo donde la privacidad, integridad, respeto y confidencialidad se hacen patentes” (Merleau-Ponty 2000: 132).

En el campo de información de los cuidadores de salud, se usa la estrategia discursiva de la cura de los eventos mórbidos pasando por valorar adecuadamente, diagnosticar y por supuesto, resolver favorablemente las irrupciones que deja la enfermedad. Se aborda el cuerpo, a través de prácticas al interior del cuerpo, así como influencias del entorno donde juegan otros dispositivos que lo determinan y lo regulan. Este entramado de categorías, deviene de la medicina moderna del siglo XVIII que lo llevará a la definición de una política de salud (Foucault, 1991). El cuerpo no es estático,

(Foucault, 2001). En concordancia con la biopolítica, la anatomo política, define formas de poder que parten de las estructuras establecidas desde la vida biológica de las personas. Desde esta mirada, el biopoder se erige como estructura regulatoria que administra la vida de las personas, al igual que de la población, para gestionar su potencialidad y hacer más productiva, eficiente, regulatoria y dócil la vida.

⁶⁹ Además de la mirada biomédica, el cuerpo es abordado por parte de las ciencias sociales interpretado como una realidad social, política y cultural (Lock, 1993; Scheper-Hughes y Lock, 1987), en el cual confluyen diferentes formas de aproximarse que, precisamente, determinan complejas asociaciones que se complementan configurando el cuerpo como un lugar de interpelación, donde la constitución moderna juega un papel preponderante (Latour, 2007). En el ejercicio etnográfico, el cuerpo visto desde lo anatomo fisiológico, se vincula con el cuerpo político y social, limitando las fronteras disciplinares que lo describen, adentrándose en ensamblajes que lo subsume, poniendo en tensión dicotomías como naturaleza- cultura, ciencia- creencia, universal - local, entre otras.

Así las cosas, el cuerpo es una construcción simbólica, no obedece a una realidad en sí misma donde las personas expresan simbólicamente sus padecimientos a través del cuerpo manifestado desde diferentes formas, ya sea desde sus sentimientos, pensamientos, sus emociones y afectaciones que se expresan desde símbolos (Mier, 2003).

es flexible, tendiente a la reconfiguración, a la transformación; se va haciendo en la medida de convergencias de procesos cotidianos y por supuesto, lo médico. En estos ejercicios de articulación, se dan intersecciones entre los cuerpos que dan la pauta para describir cómo cada cuerpo se conecta a un conjunto de prácticas, tecnologías y discursos y sus relaciones con otros cuerpos.

El cuerpo en el consultorio clínico una vez ha sido abordado desde la mirada del médico, queda expuesto a la continuidad de intervenciones desde diferentes especialidades y procedimientos de acuerdo con las especificidades de la mirada biomédica que lo inundan de diversas prácticas para continuar con su indagación, estabilización y regulación. De la misma manera, se interconecta con prácticas en el hogar y en el entorno de comunidad, de tal manera que, el cuerpo se hace por el enfermo y se ensambla con el exterior para ser hecho también por otros actores, objetos, palabras, tratamientos, tecnologías, farmacoterapias, controles y seguimientos. En ese entramado de relaciones, que no obedecen exclusivamente al campo de la biomedicina, se reafirma la postura que el cuerpo humano es territorio, es sociedad, es historia, es cultura y es memoria alimentada y retroalimentada a través de los rituales de la cotidianidad, donde la experiencia cultural se inscribe en el organismo humano, fomentando su eficacia simbólica (Portela, 2018). La exteriorización del desequilibrio, la enfermedad y el malestar, son manifestadas por una persona en una realidad corporal y experiencia sociocultural. Se hace desde la representación y percepción de lo que es su cuerpo, incorporando una realidad objetiva y subjetiva al mismo tiempo instaurada en la construcción cultural de un cuerpo humano.

En el itinerario del ejercicio etnográfico en los escenarios de los cuidadores de salud, se percibe lo postulado por Le Breton (1995), una crisis de la institución médica, al hallarse inmersa en una práctica sin sujeto, es decir, las personas no representan la centralidad del ejercicio médico, parece que lo ha convertido en un residuo. El mismo discurso de la biomedicina se enuncia de manera organicista al hacer denominaciones como “el hipertenso”, “el usuario”, “el de la cama 7”, aspectos que terminan por despojar al cuerpo del sujeto. Las personas cuentan con saberes, donde el conocimiento acerca de la salud y los padecimientos surgen del quehacer intersubjetivo. No solo se asumen realidades fisiológicas y del padecimiento, se visualiza además, al sujeto que habita el cuerpo, un cuerpo con una voz y narrativas de la aflicción (Martínez-Hernández, 2011).

3.2 Construcción de la presión arterial en el campo de información familiar

La presión arterial que se hace desde las prácticas individuales, ensambla diferentes categorías que definen el comportamiento y la toma de decisiones de una persona para asumir los tratamientos establecidos por los cuidadores de salud. La lógica biomédica determina prácticas en el nivel individual asumidas conforme a criterios técnicos establecidos en protocolos de atención y son dinamizados por las personas que conforman el personal sanitario, ya sean técnicos o profesionales; además, bajo la singularización del concepto de “hipertenso” se establecen formas de poder reproducidas por las personas sobre el influjo del sistema de salud hegemónico que opera en el país.

A continuación, se describirán las prácticas que hacen presión arterial en el entorno familiar, ensamblajes insertados en la construcción de un objeto que, si bien tiene como epicentro un sujeto, diferentes réplicas se movilizan al interior del hogar para mantener un proceso de salud, conforme con las expectativas de quien lo padece y de los que aportan a su cuidado.

3.2.1 Ajustando la cotidianidad en la dinámica familiar

“En el seno de la casa grande, el ambiente denota tranquilidad, indago sobre cómo marchan las cosas, recibo un “bien” como respuesta, acompañado de un “aquí cuidándonos” mientras una sonrisa de Libardo y Trinidad me saludan. Me siento a compartir un café mientras continuo mis preguntas acerca de sus itinerarios terapéuticos, sus relatos evidencian el compromiso en seguir las recomendaciones del equipo de salud que los atiende, el seguimiento continuo de las dinámicas biomédicas y los cuidados adoptados en casa denotan una sensación de bien estar, para lograrlo, varios ajustes se han adoptado en respuesta a las consideraciones brindadas por los cuidadores, familiares y amigos en el proceso de acondicionamiento del hogar para lidiar con una intrusa” (Diario de campo, 2020).

La asignación de un diagnóstico relacionado con alteraciones de la presión arterial, tiene implicaciones no solo en el sujeto individual, sino también en el contexto del hogar que, por supuesto, involucra a sus integrantes, así como las dinámicas de la cotidianidad donde se reta constantemente la apropiación de recomendaciones biomédicas y prácticas hacia un estilo de vida saludable. Libardo recuerda que en el momento de manifestar por parte del médico la elevación de la presión alta, debería iniciar un proceso terapéutico y de ajuste de sus dinámicas de vida, percibió una insatisfacción consigo mismo, pues al parecer, sus conductas “inadecuadas” en la alimentación, el consumo de sal y el sedentarismo, le habían pasado factura a esta edad, manifestándose una

enfermedad crónica que traería consigo una serie de implicaciones y riesgos de no acatar las recomendaciones para el control del padecimiento.

La noticia de ser considerado enfermo, a pesar que toda la vida se sintió saludable, con la ausencia de sensaciones y manifestaciones de dolor o incomodidad corporal, la angustia de la noticia debía ser enmascarada de alguna manera para limitar la preocupación de la familia. En su regreso a casa, posterior a la entrevista con el médico que le diagnosticó la enfermedad, logró crear una analogía, a fin de que la noticia a sus familiares no resultara del todo trágica. Como era algo nuevo, y según el médico, lo iba a acompañar para siempre, en su discurso de rendición de cuentas a la familia, decidió llamarle "*intrusa*" al hecho que la presión arterial estuviera elevada. Por más que había sido fuerte encarando a su familia con los resultados del encuentro con el médico, la preocupación no le dejaba asumir con tranquilidad la nueva realidad. El inconformismo que sentía era tal que, por días, se negaba a tomar la medicación, de acuerdo con la recomendación terapéutica. Tuvo varios episodios de dudas y terminó por sabotear su tratamiento.

Trinidad, después de la noticia, lo alentó a la lucha por su salud y de ser necesario adoptar prácticas por parte de todos los miembros de la familia para mantener un adecuado nivel de salud⁷⁰. En efecto, en la medida que fue pasando el tiempo, se realizaron reflexiones en torno al favorecimiento del tratamiento y ajustando prácticas cotidianas para acondicionar el entorno familiar. El impacto de la noticia dio pautas para asumir ajustes en el hogar relacionados con las formas de alimentación, el consumo de sal, el consumo de medicamentos y el contacto continuo con el servicio de salud. El acompañamiento de su compañera de vida, relata, ha sido fundamental en el cuidado de su proceso de salud, se convirtió en un aprendizaje continuo para asumir las recomendaciones y lograr mantenerlas vigentes

⁷⁰ Con base a lo planteado por Menéndez (2002), los padecimientos no solo afectan a las personas de manera individual, sino también al grupo social en el que se desenvuelve. En este escenario de carácter social, se dan relacionamientos, se constituyen redes y se llevan a cabo rituales donde emergen subjetividades y se adquieren identidades que, al relacionarse en la cotidianidad con la enfermedad, se van constituyendo prácticas que afectan tanto a los individuos como a los colectivos. En este contexto, se hallan inmersos saberes, conocimientos, creencias y prácticas que explican el padecimiento, el cual es susceptible de ser abordado a través de diferentes opciones terapéuticas disponibles, ya sean del modelo médico hegemónico o de la tradición médica formal o informal que, depende de las características del entorno social y económico, influenciados fuertemente por aspectos culturales, sociales, políticos e históricos.

En las familias como parte de un grupo social, se adoptan modelos o formas de atender los padecimientos, los cuales no obedecen exclusivamente a dinámicas de la biomedicina, sino que, emergen saberes y maneras de atención dirigidos no solo a luchar contra la enfermedad. Se hace alusión a procesos de prevención, alivio y control de los padecimientos que, a través del uso de recursos de lo cotidiano, movilizan acciones para mejorar el proceso S-E-A (Menéndez, 2006).

“[...] uuuuuhh si no fuera por Trinidad, yo no estuviera aquí vivo, ella ha sido mi apoyo para llevar esto...ella está pendiente de mis medicamentos por si me olvido, está pendiente de la comida, de que vaya a caminar, de los controles del hospital y los exámenes que me envían...” (Diario de Campo, 2020).

Ese acompañamiento tuvo implicaciones en el comportamiento como ser individual, Trinidad siempre está pendiente del cumplimiento de las recomendaciones y en el momento en que haya indicios de desvíos, allí está ella para recordarle y exigir los compromisos adquiridos. La toma de la medicación, es un aspecto clave en la dinámica de la familia: recordatorios, alarmas, letreros, un llamado, un comentario, obedecen a prácticas constitutivas de señales, recordando la hora de tomar los fármacos. Al entrar la noche, un resumen del cumplimiento del tratamiento, hace recordar si se ha logrado cumplir con el consumo de los medicamentos según indicaciones. Al parecer, la intrusa que acompaña a Libardo, debe convivir con Trinidad y, entre los tres, coordinan pautas para hacerle frente al mantenimiento del proceso de salud⁷¹.

La figura de la mujer en el mantenimiento de la salud, emerge como una categoría de interés en el proceso de cuidado y cumplimiento terapéutico. Este atributo viene determinado por diferentes aspectos, entre ellos, la sensibilidad del cuidado y la identificación de parámetros para definir las alteraciones de la salud de los miembros de la familia, además de ser la que moviliza y dirige recursos terapéuticos de mantenimiento de la salud de sus congéneres (Pezo, et al., 2004). Este papel de la mujer, como pionera en la búsqueda de alternativas para la atención de las adversidades, es irremplazable, de hecho, es con quien se puede dialogar acerca de los saberes para hacer frente a las necesidades de su familia y lograr una apropiación de conocimientos como forma sincrética de la salud (Hernández, 2001).

⁷¹ Es en el entorno familiar donde se vislumbran los primeros cuidados para la salud (Leite et.al., 2006). En este entorno, se toman las decisiones para iniciar los itinerarios terapéuticos en búsqueda de la resolutivez de los padecimientos; es donde nuevamente converge la apropiación de las prácticas ya sean de carácter formal o informal, es decir, el itinerario no sólo hace alusión a los centros de asistencia del modelo médico hegemónico, sino que, incorpora a aquellos actores que pueden brindar alternativas frente al padecimiento y que por la dinámica pragmática de la biomedicina, han sido invisibilizados, sin embargo, le dan a la enfermedad una dimensión social que aporta en buena medida, a la resolución del padecimiento. Si bien se genera una tensión entre la biomedicina y las formas tradicionales de cuidado de la salud, las familias son las catalizadoras de procesos de comunicación que compaginan los diversos tipos de “medicinas” (Ilard, 2004), ensamblando contenidos socioculturales, movilizando a las personas en los itinerarios terapéuticos que eligen, a través del uso de significados, construidos en relación con el proceso de salud, alcanzando un canal de comunicación informal entre cada uno de los modelos de asistencia para el mantenimiento de la salud.

3.2.2 Negociaciones cruciales para adaptar dinámicas familiares

Entre las prácticas identificadas a nivel de la dinámica familiar para afrontar la nueva realidad del padecimiento de Libardo, emergen categorías relacionadas con ajustes en el proceso de alimentación, el consumo de sal, cumplimiento del tratamiento farmacológico, apoyo en los trámites de consultas por médicos generales y especialistas; suministro de insumos farmacéuticos, acompañamiento a la realización de exámenes paraclínicos, gestión de servicios y un apoyo emocional constante.

El afrontamiento de la enfermedad trae consigo llamados de atención para reflexionar en familia sobre las prácticas realizadas por las personas en la cotidianidad. El proceso de alimentación, por ejemplo, es uno de los evaluados en un primer momento. Se analiza en el hogar de Libardo qué tipos de alimentos se están consumiendo y las técnicas de preparación. Se llevan a cabo negociaciones en relación con qué alimentos adquirir y cuáles no. Hay una revisión detallada del tipo de alimentos y se opta por disminuir el consumo de grasas de procedencia animal, margarinas, huevos, leche, así como carbohidratos potenciadores del aumento del peso corporal. Para equilibrar la alimentación, se da preferencia a la adquisición de proteínas de origen vegetal, frutas, verduras y leguminosas. Las formas de preparación también llevan a ajustes y pasan de las técnicas de lo frito a lo cocido y lo asado.

Hay ciertos alimentos con un estatus de buen sabor que empiezan a escasear en la oferta de la mesa, entre ellos se incluyen la carne de cerdo, los embutidos y los lácteos untables en el desayuno. Estos ajustes en el hogar de Libardo, se hacen de manera general, es decir, aplica para todos los integrantes de la familia, sin excepción. El asumir esta postura desde la colectividad familiar, permite que los ajustes realizados, poco a poco, resulten más llevaderos y sirva como insumo para mantener el proceso. En la medida que pasa el tiempo, algunas de las prácticas adoptadas van perdiendo su sistematicidad, el arraigo a formas tradicionales de alimentación, de acuerdo con las maneras culturales de comer y preparar los alimentos, van retomando su forma original, sin embargo, ocurre una situación particular y es que, cada vez que hay un control médico y se hallan evidencias de desviaciones, ya sea de las cifras de presión arterial, la creatinina o el peso, se reflexiona nuevamente y los compromisos en familia toman nuevamente relevancia.

El consumo de sal es una práctica estigmatizada desde la biomedicina, se recomienda suspender su consumo y reemplazarla por especias o condimentos naturales⁷². Esta recomendación, comporta cierto grado de dificultad para adoptarla, pues, como menciona Libardo “[...] *mi gusto se acostumbró a sentir lo saladito... comer simple es como comer sin alegría...*”. A pesar de intentar eliminar el consumo de sal en su totalidad, los sabores impregnados con este mineral, denotan satisfacción en el comer. Ahora bien, el consumo de sal ha disminuido, pero no se ha eliminado. Varios intentos se han llevado a cabo, de todos modos, los resultados no han sido exitosos. El sabor dado por una pizca de sal a la comida, parece ser que no tiene reemplazo. Se conoce que el consumo de sal está limitado en personas con presión arterial alta, no obstante, las personas sometidas a esta restricción no conocen a ciencia cierta el por qué. La explicación fisiológica obedece a que la sal aporta a la retención de líquidos en la célula y por ende el corazón debe realizar su actividad con mayor esfuerzo, al existir mayor cantidad de líquido corporal, donde probablemente esta situación en un momento determinado puede agravar la condición de la persona. Estas claridades no están bien definidas en el hogar de Libardo y, al no conocer la dinámica de lo fisiológico, puede tener implicaciones en la mitigación de su consumo.

En relación con los estilos de vida, hay una marcada influencia para su adopción en las decisiones dadas como sujetos individuales, conjuntamente con influencias de la colectividad, esto es, de grupos de personas que comparten alguna afinidad, ya sea en el trabajo, la escuela, la profesión, la práctica religiosa, ideales, entre otros. Allí, el papel de la familia es preponderante, pues, esta socialización primaria, moldea las decisiones complementarias con la socialización secundaria que hace alusión a los grupos sociales, determinantes en la adopción de los estilos de vida favorecedores de la salud (Cockerham, 2005).

Respecto del cumplimiento del tratamiento farmacológico, una serie de señales se incorporan en la cotidianidad para recordar que es la hora de tomar las medicinas. Trinidad le pregunta constantemente a Libardo si ya se tomó su tratamiento, si algo le ha quedado pendiente “[...] *ya se tomó la de la presión? ... era con el almuerzo!, y la aspirina? ... la del colesterol en la tarde no?* (Diario de campo, 2020). El acompañamiento de la familia en el hogar de Libardo, resuena en la

⁷² Bourdieu (2010), en su obra el sentido social del gusto, plantea que el gusto funciona como un operador práctico, es decir, es el determinante de las preferencias de las personas en el ejercicio de distinción que se imponen en la decisión de elegir determinada práctica. Es en este sentido, en la familia se dificulta asumir ciertos hábitos porque no les agradan y perciben que no se encuentra acorde a sus modelos culturales. En el caso de la adopción de las recomendaciones terapéuticas para hacer frente a la presión arterial alta, existen capitales simbólicos y culturales que no se pueden derivar mecánicamente, originando fuertes restricciones para asumir recomendaciones, precisamente porque tal situación, requiere asumir ajustes que lleven a cambiar el gusto.

cotidianidad a través de señales continuas, alarmas, indicadores de la hora y el tipo de medicamentos a consumir. Las réplicas de Libardo, aseverando que ya logró su consumo, son aceptadas por su compañera. En el sitio donde se almacenan los medicamentos cuenta con algunas particularidades. Por una parte, están junto a un crucifijo e imágenes de la virgen y un escapulario. Libardo le pide a Dios efectividad en el tratamiento, así como el mantenimiento de su salud y la limitación de complicaciones.

De otra parte, hay una disposición específica de un lugar para el almacenamiento de los medicamentos. En las cajitas contenedoras de las pastillas, hay rótulos que anuncian la frecuencia de la toma y las horas en las cuales se debe consumir. La letra en ocasiones es de Libardo, otras veces escriben sus nietos. Los empaques son reconocidos por Libardo, sin embargo, la letra muy pequeña obnubila la identificación de algunos medicamentos, en ese sentido, se deben rotular con mayor afinidad para lograr acertar las indicaciones recomendadas. Las fechas de vencimiento son verificadas, aunque en ocasiones es imposible de verlas, ya que están impresas de manera inadecuada sobre los blísteres que contienen los fármacos. No se aprecia acumulación de medicamentos, ni daños materiales de estos. El sitio donde se disponen los medicamentos, no ha sido cambiado desde hace mucho tiempo, se ha conservado, a pesar que se han ajustado algunos espacios de la casa.

Libardo tiene ciertas limitaciones en su visión y restricciones para tramitar las diligencias impuestas por los servicios de salud. La familia, entonces, entra a resolver requerimientos de lo administrativo que demanda llamadas telefónicas, revisión de correos electrónicos, mensajes de texto, interacciones con la web e impresiones para lograr consultas por médicos generales y especialistas

“[...] si no fuera por mis hijos y nietos, realmente yo no pudiera con esto... ese poco de papeles y cosas que le piden a uno para que lo atiendan, lo embolatan... que revise el celular, que mire en el computador, que la orden, que el papel... no... eso es bien difícil... yo no puedo manejar internet, entonces, pido ayuda a mis nietos para que me atiendan sin problemas en el seguro...” (Diario de campo 2020).

La inclusión de la tecnología en la gestión de servicios de salud, no es acorde a la capacidad de las personas en edad adulta y, sobre todo, los que tienen poco contacto con ella para gestionar atenciones. Este tipo de procesos administrativos son asumidos por familiares (hijos o nietos) quienes cuentan con las competencias en el manejo de dispositivos y sistemas tecnológicos y pueden resolver las necesidades en función de los requerimientos del sistema.

El suministro de insumos farmacéuticos está condicionado por la aprobación de documentos previos que define la aseguradora (EPS), es decir, esta institución debe autorizar la entrega de medicamentos a través de “órdenes de apoyo”. Las autorizaciones, se pueden realizar a través de páginas web o utilizando aplicaciones en teléfonos inteligentes, sin embargo, las aprobaciones requieren de tiempo, generando una barrera para el acceso oportuno a los medicamentos. La entrega de los medicamentos se realiza de manera mensual, en ese sentido, se deben realizar transacciones para lograr adquirir los fármacos, generando una tramitología que es asumida por las personas directamente. Por otra parte, se ve afectada la suficiencia en términos de cantidad de los medicamentos, en varias ocasiones, no se entregan en su totalidad y, nuevamente, se deben solicitar en días posteriores, con el riesgo de no encontrarlos y volver a tramitar documentos para una nueva solicitud, con todas las implicaciones administrativas que esta gestión exige. La familia apoya la resolución de estos entramados, buscando resolver las barreras administrativas impuestas por el sistema de salud que, además de complejas, requieren la inversión de tiempo y dinero.

Otros servicios requeridos por las personas para atender sus necesidades, son dependientes de procesos administrativos y mediados por órdenes de apoyo que pueden ser o no autorizados por parte de las aseguradoras y hospitales. Este es el caso de la atención por especialistas, realización de exámenes especiales de laboratorio, procedimientos e intervenciones médicas, cirugías, entre otros.

El acompañamiento presencial de un familiar en la realización de algunos procedimientos relacionados con la presión arterial, es un requisito que exigen los hospitales. La toma de laboratorios de control, los análisis de la orina, las técnicas de recolección de muestras, el uso de dispositivos médicos en casa; requieren desarrollar capacidades que, en el caso de Libardo, se ve limitado para cumplir con cada requerimiento de los equipos de salud. Allí, el acompañamiento de los familiares ayuda a dar resolutivez a esas necesidades generadas por cierto grado de angustia a la persona que padece la dolencia, al no lograr acatar las exigencias del servicio de salud para cumplir cabalmente con los requisitos y la obtención de atenciones de acuerdo con los requerimientos establecidos.

La familia para Libardo, se convierte en apoyo en el afrontamiento terapéutico, administrativo y emocional para lidiar con una intrusa con la que se debe convivir y hacer negociaciones en la cotidianidad y considerar retos⁷³. A pesar de no experimentar signos o síntomas

⁷³ Los miembros de la familia como afirma Pezo (2004), asumen un rol en el momento de enterarse que alguien de su núcleo familiar se ha diagnosticado con un padecimiento. Este rol es determinante en el proceso de adaptación familiar, el cual se debe asumir para lidiar con la nueva realidad. Un aspecto determinante en la conducta de los familiares, es influenciado por las características culturales y la historicidad del entorno para la apropiación del cuidado y los recorridos

manifiestos a causa de la enfermedad, la familia asume esta realidad basada en las consideraciones establecidas por el médico tratante, las experiencias propias con otros familiares y el discurso de la enfermedad catalogado como un asesino silencioso. Se evidencia una relación entre el estar bien a nivel individual y la salud familiar, esto es, hay una correspondencia en doble vía, donde se forman y fortalecen hábitos, estilos de vida, sistemas de valores, actitudes y una serie de comportamientos favorecedores de la salud. Se refuerza la idea que la familia es una fuente de educación y apoyo para sobrellevar los retos que impone el padecimiento.

Los servicios de salud de conformidad con las políticas actuales en el país, toman como referencia para la gestión, la estrategia de atención primaria de salud ⁷⁴ con enfoque de salud familiar y comunitaria, sin embargo, los contactos con el sector salud en el recorrido con Libardo y su experiencia a través del uso de servicios, solamente han obedecido a contactos solicitados por él mismo y, todas las veces en un solo sentido, es decir, paciente -servicios de salud. En ningún momento esta relación ha sido bidireccional, tal como lo establece el marco normativo colombiano. De manera que la relación servicios de salud – familia, está fracturada, limitando la posibilidad de resolver inquietudes y necesidades desde la dinámica del hogar y valorar esferas familiares que podrían aportar al logro del mantenimiento del proceso de salud.

El afrontamiento inicial con que la familia de Libardo asumió el padecimiento, tuvo episodios generadores de estrés y logró desestabilizar por un tiempo a los miembros de la familia, al proyectarse la presión arterial alta como “un asesino silencioso” que, se había instaurado en la corporalidad del líder de la familia. Se experimentaron procesos psicológicos de ajuste y adaptación que, a través de mecanismos de autorregulación, le permitieron al grupo familiar, seguir funcionando desde una lógica de cuidado.

El ejercicio de rastreo de las dinámicas familiares en diferentes hogares, permitió indagar acerca de la movilización de prácticas y la observación de implicaciones de la presión arterial alta en la cotidianidad. Mostró diferentes aspectos que denotan la importancia de la familia en el proceso

en los itinerarios terapéuticos que se decida emprender, en virtud del estado de su familiar enfermo. La familia emprende adaptaciones para hacer frente a las demandas que incita el padecimiento y, en un proceso de adaptación, de acuerdo con el curso de la enfermedad, se van vinculando diferentes procesos provenientes de la mujer, los hijos, hermanos, vecinos, amigos y por parte de los servicios de salud, generando redes de cuidado que se juntan para aportar a la resolución de las necesidades. La trayectoria que definirá el proceso hacia la cura, se relaciona con la cultura y la tradición en el manejo de las contingencias que afectan la salud y la vida. La familia junto al enfermo, y con la legitimidad de los tratamientos y su eficacia simbólica, apoyan de manera relevante la resolución de los padecimientos (Muñíz y Montoya, 2004).

⁷⁴ Se tratará con más detalle en la práctica del sistema de salud.

de acompañamiento a la persona con el padecimiento, así como la vinculación de recursos para afrontar los desafíos impuestos por el sistema de salud y el contexto. Aspectos como la alimentación, la identificación de factores de riesgo, el uso de la tecnología, apoyo a la terapéutica, la relación del padecimiento con la herencia, apoyo de la pareja, fomento del cuidado y el autocuidado, la religión, acompañamiento en la angustia, la posibilidad de conversar, entre otros, se constituyeron en prácticas que se ensamblan para resolver retos en la cotidianidad. De otra parte, se ha descrito que la disfunción familiar constituye un aspecto predisponente en el desarrollo de factores de riesgo que contribuyen al aumento de la presión arterial. En el ejercicio de entrevista a las personas afectadas por el padecimiento, varias situaciones hacen alusión a estos aspectos donde se contrasta el favorecimiento o desfavorecimiento en la adopción de procesos de cuidado para resolver retos generados por la presencia de la enfermedad.

El continuo recordatorio de los compromisos terapéuticos por parte de la familia, preocupada por el influjo del discurso biomédico de una enfermedad que afecta a uno de sus miembros⁷⁵, ocasionalmente se torna repetitivo y con “tono de regaño”, esta situación puede afectar la convivencia familiar, sin embargo, el apoyo ofrecido es un aliciente continuo que favorece la terapéutica para asumir el padecimiento, Jorge lo relataba como “[...] usted sabe que cuando uno está enfermo todas se vuelven regañonas ... pero más sirve cuando a uno le hablan tranquilo...esto de la presión es complicado porque uno tiene que estar allí y allí pendiente todos los días para no caer enfermo ... eso sí, mi familia me ayuda a sobrellevar esto y yo le agradezco...” (SSA 050).

3.2.3 Acompañamientos imprescindibles

Contar con la presencia y disponibilidad de miembros de la familia en el hogar, brinda seguridad en el proceso de asistencia cuando ocurra un posible evento adverso en la salud de las personas y requiera ser apoyado y auxiliado

“[...] me ayudan mucho porque uno solo, se le aumenta la presión y cae como un pollo, ellos están para apoyarme y poder conversar...mirar que nada le falte porque yo le digo: si a uno le da algo y no tiene de donde echar mano, pues se muere ... que tal que no

⁷⁵ Este aspecto coincide con lo que Zhou y Gu (2014) afirman acerca del apoyo familiar que recibe el enfermo por parte de sus allegados, quienes aportan significativamente en procesos para el desplazamiento a sitios de atención, la alimentación y la solvencia económica, además de la co creación de un entorno que fortalezca la apropiación de las indicaciones terapéuticas, fortaleciendo los procesos adaptativos para hacer frente a los padecimientos. En la medida en que los cuidadores de salud van de la mano con el grupo familiar entrenando en la adopción de los aspectos terapéuticos, la conjunción familia- paciente, va poco a poco logrando una mayor independencia para continuar con el mantenimiento de la salud, en contraste con que al paciente se le trate de manera individual (Gutiérrez, 2008).

tenga a nadie en la casa, sin un familiar, solito, llega la enfermedad y se lo lleva...” (SSA 020).

Los ajustes realizados al interior del hogar y concertados entre los miembros de la familia se convierten en acuerdos que entre ellos proceden a mantener; las restricciones si bien están dirigidas a la persona con el padecimiento, en algunas familias se asumen para todos sus integrantes como medida en la contención de complicaciones ocasionadas por el padecimiento descontrolado, Esperanza relata

“[...] si, los que estamos aquí nos adaptamos a la forma de comer y, por ejemplo, aquí no tomamos sopa, como ella no puede, entonces no tomamos sopa ninguno de nosotros ... eso fue una decisión para ayudar a cuidarnos entre todos y cuidar de la presión porque bueno... en la comida también hay que saber qué comer porque las grasas, el azúcar y la sal sí que son malas para estas enfermedades...” (SSA 0250).

Por otra parte, María Betty expresa que “[...] yo cocino yo misma, yo hago simplecita la comida, todos comemos simplón... eso de la sal que es tan mala la fuimos dejando de a poquitos y le cuento que ahora así comemos, sin nada de sal ni esas cosas que afectan a la salud...” (SSA 090).

Consuelo, Ingrith, Alsidias, Omar, Blanca, Hernán, Fabio y Libardo, describen las recomendaciones como prohibiciones, restricciones que están acorde al cumplimiento terapéutico, sin embargo, las consideran necesarias para su cuidado. Marisela relataba

“[...] las prohibiciones me favorecen mejor porque me dice lo que tengo que hacer, eso lo hago con mis hijos y eso ayuda para que no les de esta enfermedad y así poder cuidarme y cuidarlos... “ sí a uno el médico le prohíbe algo o le dice que no debe de comer tal cosa, pues uno cree y así no le guste, pues tiene que hacerlo al fin y al cabo es para estar bien...” (SSA 060).

La familia puede favorecer el control de la ansiedad producida por los retos que impone la vida y su cotidianidad, su apoyo se refleja en el acompañamiento a través de la conversación, acerca de situaciones que se deben resolver de manera tranquila y favorecer el mantenimiento de la salud, Argenis lo expresaba de la siguiente manera

“[...] ellos me dicen que debo de tomar la calma... si yo ahorita te doy una noticia, vos te sorprendes, te alarmas y para ti se te hace que se te va a acabar, es todo el mundo y no tomas la calma y eso es lo que te enferma ... lo de la presión no ha sido fácil, no, es una

cosa que a uno lo pone entre la espada y la pared, le revuelve la cabeza... esa angustia que a uno le vaya a pasar algo y dejar a los hijos solos es muy berraco.. pero bueno ... la familia a uno le da ese apoyo que necesita para no descontrolarse y de pronto caer en depresión..." (SSA 0150).

El apoyo familiar⁷⁶ en procesos complejos, como la realización de la diálisis en casa, es un aspecto muy relevante en la adecuada técnica y cumplimiento del propósito del tratamiento. Los miembros de la familia realizan ajustes para proveer cuidado en casa, se turnan, se capacitan, monitorean los resultados, apoyan psicológicamente y generan toda una red de comunicación en torno al bienestar de la persona con el padecimiento. De no ser así, de no existir familiares que acompañen los procesos, los padecimientos dificultan la cotidianidad y limitan el logro de resultados, la hija de una paciente a la que se le realiza diálisis peritoneal ambulatoria relataba

"[...] manejar esa máquina es complicado, o sea la máquina como tal ella va diciendo qué se hace, lo que nos parece difícil es como las conexiones, la parte de arriba; es que esa máquina tiene más riesgo que la manual y más procedimientos, más pasos, lleva más tiempo, la conexión y no eso no, o sea yo en sí, nos parece difícil, complicado... yo estoy en el segundo piso y esa máquina chilla... hay que venir a ver qué pasó, si ya se acabó el líquido o se trabó o bueno, quien sabe... uno empieza a aprender a manejar, pero realmente es difícil... imagínese mi mamá solita con todo eso ... superduro... creería que así ella solita no se haría la diálisis... nosotros estamos aquí para ayudarla ... hay ratos que la cansa ya, yo le digo mami hágale, es su vida, es su salud, levántese y hágale porque de eso depende su vida ..." (SSA 0702).

En la adopción del tratamiento, se presentan dificultades para su sostenimiento, sustentadas en varios argumentos condicionados por las dinámicas socioculturales, junto con el entorno como se ha descrito previamente (Arce-Vega, 2017). Uno de los aspectos referenciados por Arce-Vega, corresponde a la falta de percepción de signos o síntomas, junto con el inconformismo percibido tanto en el entorno familiar como social, las personas en esta nueva realidad son reactivas a nuevas consideraciones para asumir su tratamiento y no todas lo asumen como un proceso válido que

⁷⁶ La familia se constituye como un sistema (Minuchin, 2009), en ese sentido, si algún aspecto cambia la dinámica del entorno familiar a causa de un padecimiento, se darán réplicas en ese entorno por parte los miembros de la familia, afectando el equilibrio (Clavijo, 2011). Simultáneamente, el sistema se activará para movilizar aspectos que permitan afrontar las situaciones que genera el padecimiento o, para generar procesos adaptativos, en los cuales están vinculados el paciente, los cuidadores y los miembros de la familia (Losada et al., 2017).

fomente su salud. No todos los acuerdos realizados en casa se asumen de la misma manera, las personas no pueden estar de acuerdo con el tratamiento impuesto, aunque su familia así lo disponga, tal situación, genera diferencias en las dinámicas familiares que pueden resultar en abandono de los tratamientos, evitando el consumo de medicamentos y la adopción de recomendaciones terapéuticas,

“[...] él es necio y todo porque no toma el medicamento, cuando uno está él toma el medicamento, pero cuando uno iba a barrer y a trapear estaban todas las pastas por debajo de la cama... y es que por más que uno le dice que se tome las pastas porque eso es lo que le va a mantener bien, nada, eso no hace caso... no le digo que yo me encontraba los remedios por allí .. casi completos, eso no, es bien difícil... y eso que uno está pendiente, pero el que no quiere, no quiere, entonces, así como? ...” (SSA 0100).

El apoyo recibido de las personas por parte de sus hijos y nietos se considera relevante en la adopción de la terapéutica, al igual que la asistencia para resolver trámites y procesos administrativos definidos por los servicios de salud, a través de las redes sociales y aplicaciones para la consecución de citas, recibo de insumos terapéuticos, acompañamiento a los centros hospitalarios y examen de laboratorio. Aspectos logísticos, del transporte y elementos tecnológicos, son incorporados al apoyo de la gestión por parte de los familiares. Magnolia relataba

“[...] ellos ayudan mucho porque uno no puede manejar esos aparatos, de no ser así sería imposible que lo atiendan... la familia le ayuda a uno a ir al médico y estar pendiente con la droga ... hacer esos benditos trámites tan jartos, imagínese usted esa pobre gente que no tiene quien por ella, sin nietos ni hijos... no crea que es fácil decir me voy a que me atiendan y ya, ese papeleo es bien complicado ...” (SSA 020).

La familia es considerada como soporte espiritual y sus miembros asumen prácticas religiosas en conjunto para recurrir a un auxilio divino, configurando sistemas de protección sagrada, coadyuvantes de la materialización del bienestar, tanto de la persona con el padecimiento, al igual que de sus integrantes

“[...] como somos cristianos nosotros creemos mucho en el señor y eso es en todo. Creer en Dios es lo mejor, es maravilloso, lo más importante que hay es creer en Dios y nos pusimos en la mano de Dios... para que nos ayudara a sobrellevar esto de la presión y Dios ha sido quien nos ha permitido seguir viviendo ... estar allí de la mano de él pidiendo salud y vida...” (SSA 0120).

El soporte económico familiar es considerado fundamental en el afrontamiento del padecimiento, así como el logro de los objetivos terapéuticos. Los miembros de la familia aportan dinero para resolver las necesidades que requieren las personas con el padecimiento y, de limitarse en su disponibilidad, hacen arreglos y actividades adicionales para cumplir con la dispensación, ya sea de medicamentos o de insumos que requiere su familiar para de esta manera, avanzar en el mantenimiento de la salud. En ocasiones, el padecimiento lleva a ajustes retantes como la inasistencia y renuncia a sus empleos para asumir las recomendaciones en el entorno familiar.

“[...] me tocó que renunciar a todo, uno así quien lo ocupa, nadie, es difícil, yo trabajaba en casas de familia y ahora pues, ya es difícil para mí ... eso de estar pidiendo permiso para una cosa, pa' la otra que las citas que los exámenes, eso así a uno no le dan permiso para estar a cada rato allá donde lo atienden... entonces uno qué hace?, pues le toca dejar de trabajar y ponerse cuidado a uno mismo, porque ya uno enfermo, pues toca ...” (SSA 0210).

Este es un tema que Youmans (2017) ha considerado como relevante en la investigación sobre adherencia terapéutica, donde las limitaciones económicas para adquirir medicamentos se convierten en barreras en el logro de la eficacia de los tratamientos.

El asumir formas de vida desde una perspectiva más saludable, en el nivel familiar plantea varios retos para su adopción que, en la medida de su asunción por parte de uno o varios integrantes del grupo familiar, se adoptan de mejor manera las recomendaciones dadas por los equipos de salud. Aspectos como la práctica deportiva, caminatas y la recreación, se fortalecen cuando el grupo familiar las realiza en conjunto o, al menos, se incita a su práctica. Si en la familia, ningún miembro realiza actividad física, probablemente esta práctica no se realice por parte de la persona con el padecimiento. En otros entornos familiares, sucede que, por las recomendaciones brindadas por los cuidadores de salud, se logra construir un proceso de práctica de actividad física que se puede mantener de manera activa y sistemática.

La disminución o eliminación del consumo de alcohol y tabaco, es otro de los aspectos a controlar desde las dinámicas familiares, sobre el precepto del influjo de estas sustancias sobre la salud de la persona y sus posibles efectos devastadores, se asume una posición crítica frente al consumo y se generan presiones para evitar la continuidad o la retoma de estos hábitos. La familia es considerada una entidad de control y apoyo en la adopción de estilos de vida favorecedores de la salud de las personas. En la familia es donde se forma y desarrolla la personalidad que bajo la

influencia de otros grupos sociales se transmiten valores culturales, éticos y morales, así como espirituales generacionalmente (Bernal, 2003).

Es en estas dinámicas, donde el habitus como sistema generador de prácticas, pensamientos y sentimientos, condicionan la toma de decisiones para optar por ciertos modos de vida que en ocasiones son de manera inconsciente e involuntaria. Esta situación hace alusión a la historicidad de la persona, la cual se compone de elementos individuales, subjetivos y sociales, condicionados por la historia colectiva, insertada en los cuerpos y las cosas (Bourdieu, 2010), las que nos sirven como patrón para actuar de una manera u otra. Los estilos de vida, en ese sentido, aluden a comportamientos similares a los que poseen las familias, las cuales se fueron apropiando desde niños. Desde esta apreciación, la familia se considera como la estructura de la sociedad convertida en una base de conciencias, de acuerdo con el planteamiento de Berger (1997).

Esta manera de actuar para los cuidadores de salud es poco comprensible pues, desde sus buenas intenciones, plantean que sus pacientes apropien de manera inmediata y definitiva las recomendaciones, sin embargo, este aspecto no corresponde a un tema de meras decisiones individuales, sino, que están condicionados a manifestaciones de la estructura social a la cual han pertenecido.

En las interacciones de las personas y sus padecimientos con los cuidadores de salud y la red de entidades sanitarias, el rol del familiar es protagónico. El familiar se convierte en un vínculo entre el campo de la persona enferma y el sistema de salud, adquiriendo un relevante papel como mediador, entre los requerimientos del paciente y el sistema sanitario. Los familiares asumen un papel de representante de las personas enfermas, así como de sus intereses en el logro de la cura. Se asumen como traductores de los discursos biomédicos y revierten el lenguaje técnico a conceptos más mundanos. En este sentido, el acompañamiento del familiar, se vuelve un facilitador, un canal de comunicación entre el equipo de cuidadores de salud y el contexto de las personas con necesidades de salud. Por el contrario, la ausencia de familiares o la pareja, denotan un empeoramiento de la morbilidad y se ve restringido el logro y mantenimiento de los resultados terapéuticos.

3.3 Construcción de la presión arterial en el campo de información de la comunidad

Los escenarios individuales y familiares denotan prácticas y materialidades ensambladas para hacer presión arterial, insertados en una imbricada red que no obedece exclusivamente a una lógica biomédica. El aporte de la familia y sus dinámicas, pueden o no favorecer la adopción de prácticas de cuidado de la salud y determinar el éxito de los tratamientos.

Las dinámicas de la cotidianidad por las cuales transitaba Libardo se han ajustado. Sentarse en el parque a conversar con sus amigos de los sucesos de la vida, ya no es un “*plan sano*”; en ese escenario, ronda la tentación de darse un trago de licor. La estigmatización de los amigos al rotularlo como “hipertenso”, lleva a tomar distancia de ese contexto, sin embargo, ese contacto y las sensaciones que produce estar con ellos; reír; conversar y discutir temas de interés, a Libardo le hace falta. A pesar de esta restricción, él ha tomado la decisión de asumir un comportamiento que le permita favorecer su salud

“[...] yo con mis amigos la pasaba bien, sino que ellos toman mucho... sabiendo que están enfermos de la presión, siguen tome y tome... a ellos no les importa si están enfermos...yo si prefiero cuidarme, por eso no volví a andar con ellos, eso sí para evitar que le estén diciendo que toma, que eso de la presión no es nada, que una vez al año no hace daño, bueno y eso que lo presionen a uno si es jarto...” (Diario de campo, 2020).

En referencia al proceso de salud de sus compañeros, genera contrastes para juzgar lo que está bien y lo que no está tan bien a la luz de las recomendaciones de la biomedicina. El consumir licor y tomar medicamentos simultáneamente, es considerado peligroso, por esta razón, Libardo se aparta del medio que frecuentan sus amigos debido a la posibilidad de acarrear dificultades con su presión arterial y, en términos generales, en su proceso de salud. Las experiencias de compañeros fallecidos a causa de infartos y derrames y otros con limitaciones funcionales o discapacidades, retratan una realidad que exige apartarse de hábitos nocivos. Esta decisión se basa en el propósito de mantener un estilo de vida saludable que Libardo lo ha definido como clave en su proceso de salud, buena parte de ese propósito, está inspirado en su familia.

3.3.1 Intercambiando experiencias en el “grupo de hipertensos”

“Es una mañana de viernes y el sol irradia un bello salón a las afueras de la ciudad dispuesto para una jornada con el grupo de adultos mayores del hospital nivel uno. El orden del día incluye una conferencia sobre nutrición con la médica del programa de hipertensión, actividades al aire libre, juegos colectivos, ejercicios y baile terapia. Libardo pone atención y asiente, cada vez que hay afirmaciones positivas relacionadas con el cuidado de la salud. Me acerco y susurra: oiga, tener amigos, ayuda a controlar la presión... la risa es buena para el corazón... a mí me hace falta como salir...escuche...” (Diario de Campo, 2019).

Los hospitales ofrecen programas complementarios donde se convocan personas con presión arterial alta para llevar a cabo diferentes actividades lúdicas, informativas y recreativas, En esos espacios, la interacción entre personas con el mismo padecimiento, hace que se intercambie información; se sostengan conversaciones; se hable acerca de experiencias, vivencias, emociones y sentimientos; efectos secundarios y maneras de cuidado. Algunas personas manifiestan, en medio del llanto, los desenlaces fatales de sus seres queridos; otros, asumen este espacio como un escenario donde la desinhibición es el propósito. Estas reuniones concentran a personas de diferente procedencia, hombres y mujeres, en su mayoría de 60 años y más; buscan salir de los espacios rutinarios de paredes blancas ofertados por los hospitales, para abocarse a vivir una experiencia diferente con personas que comparten un padecimiento.

Años dorados o, club de hipertensos, es la denominación con la que se reconoce al grupo⁷⁷. Las actividades realizadas en este escenario, fortalecen la creación de redes de apoyo, involucrando amigos, conocidos y, con el acompañamiento de personal técnico y profesional de enfermería, dinamizan los procesos para el fomento del autocuidado y el cumplimiento de los regímenes terapéuticos; además de ser un medio que utiliza referentes para contar su proceso de apropiación terapéutica⁷⁸ en torno al control de la presión arterial alta.

⁷⁷ Menéndez (1990), plantea que la reciprocidad sólo implica ayuda mutua cuando opera entre iguales o, por lo menos, entre equivalentes, es la relación de igualdad lo que forja confianza en los miembros del grupo; generando nuevas significaciones del padecimiento. En este campo, se lleva a cabo una interesante transición al pasar del aislamiento personal y social, a un modo de participación colectivo que le permite transformarse y, porque no, liberarse de cargas asignadas por las diferentes dinámicas de la cotidianidad.

⁷⁸ Este campo social determina un aspecto que Menéndez (1984) denominó como reciprocidad. Hace alusión al ejercicio de apoyarse de manera mutua participando activamente, a través de experiencias y vivencias individuales, cuando se

El interés de este grupo de personas se centra en lograr compartir experiencias y conocer de primera mano la vivencia del padecimiento y, de alguna manera, colaborar y relacionarse para asumir de mejor forma los ajustes necesarios en la adopción de los procesos terapéuticos, estilos de vida saludable, así como el logro del fortalecimiento del proceso de cuidado. En ese sentido, este escenario se construye y consolida como una red comunitaria que acoge a diferentes personas mediante el compartir de experiencias para mitigar la incertidumbre generada por el asesino silencioso, de igual manera, el fortalecimiento de procesos favorecedores de la salud desde diversos ámbitos y posibilidades. Es a través de la interacción y la narración de las propias experiencias de la vida, donde la subjetividad se expresa y funge como aliado para mantener el proceso de salud.

El “grupo de hipertensos”, además de crear un espacio social, se constituye como un espacio simbólico que incita y convoca a incorporar procesos de transformación a partir de las consideraciones o ideas asumidas para lidiar con el padecimiento, tratando de ajustarlos mediante un ejercicio de reflexión favorecedor del proceso de salud. Así las cosas, estos escenarios aluden a espacios de encuentros y transiciones que apoyan el proceso de cuidado de los padecimientos (Menéndez, 1983).

Para las personas con presión arterial alta, el ejercicio de relacionamiento con otras personas que comparten la misma condición mórbida, representa un encuentro intersubjetivo donde convergen dinámicas sociales, emocionales, culturales, económicas, políticas y del cuidado de la salud. Así mismo, convergen los miedos y temores; ansiedades y las angustias; sin embargo, el espacio genera un ambiente de esperanza en la medida en que las personas encuentra respuestas en las vivencias del otro. La realidad se ajusta en estos escenarios dando paso a “un universo simbólico en los ámbitos que trabajan, que cambian la percepción del problema” (Rivera, 2004).

En este escenario se configura una versión de la presión arterial como vinculante de relaciones. Una versión que suscita interacciones entre personas que han vivido el proceso de tratamiento contra la presión arterial elevada.

3.3.2 Apoyos que emergen desde la participación comunitaria

En el contexto comunitario, la presencia de líderes representantes de las personas que habitan en barrios, comunas, veredas o corregimientos, apoyan las gestiones ante diferentes instituciones para

padece una enfermedad para compartir testimonios al grupo. En este escenario, se moviliza la solidaridad, procesos de autoayuda y ayuda colectiva, favoreciendo la adopción o ajuste de acciones relacionadas con el control del padecimiento.

lograr la atención y el acceso al tratamiento de la presión arterial alta, ya sea con la red de prestación de servicios de salud o con cuidadores propios dispuestos en el escenario local.

Los presidentes de juntas de acción comunal realizan encuentros con la comunidad⁷⁹ para conocer el nivel de afiliación al sistema de salud de las personas de su territorio, conjuntamente con las necesidades manifestadas en el proceso de atención de los servicios de salud. De llegar a identificar ausencia en la afiliación al sistema, se hacen requerimientos de los documentos para realizar la solicitud a través de las instituciones encargadas de la afiliación (Empresas Promotoras de Salud, EPS) siempre y cuando se cumpla con los requisitos para tal fin. Los representantes de la comunidad, a su vez, solicitan jornadas de salud a los hospitales a fin de realizar consultas médicas en sus barrios y brindar la atención de las personas con el padecimiento, adicionalmente, gestionan la entrega de insumos farmacéuticos, así como la toma de muestras de laboratorio. Cuando se presentan casos fortuitos en que personas hayan padecido eventos complejos, la comunidad se organiza para apoyar esas contingencias⁸⁰.

“Son las 11 de la mañana, llego al barrio Las Vegas de la comuna siete de Popayán, camino por las calles en busca de la casa de don Omar y su familia, un joven me ayuda a ubicarme y me señala la dirección exacta. El entorno denota señales de dificultades económicas por las cuales pasan las personas que habitan este vecindario; carreteras sin pavimentar; casas en obra negra y otras en madera; jóvenes en las esquinas escuchando reguetón y señoras barriendo los andenes me observan con extrañeza; me pongo una

⁷⁹ Teniendo en cuenta a Menéndez (1998: 153), “la participación equivale al proceso de reapropiación por la población, del conjunto de instituciones que regulan la vida social y de los servicios que prestan”, en ese sentido, los procesos de participación social en salud “tienen implicaciones políticas que superan el marco de la atención a la salud, por cuanto significa un ejercicio de poder y, como tal, fortalecimiento de la sociedad civil y de la democracia de base” Menéndez (1998: 154). Las personas con presión arterial alta se insertan en un proceso con diferentes implicaciones afectadas por diferentes actores sociales. El abordaje de contextos socioculturales donde ocurren los procesos de salud y enfermedad, deben tomar como referencia la participación comunitaria como actor social, lo mismo que las relaciones establecidas entre este proceso y las personas, pues, estas relaciones generan efectos directos sobre la salud, tanto desde la búsqueda de los tratamientos, así como de los cuidadores de salud (Menéndez 1994).

⁸⁰ Las redes sociales pueden afectar favorablemente la salud o, puede ocurrir lo contrario, tanto a nivel individual y familiar (Bronfman, 2001), dado que múltiples tareas para el mantenimiento de la salud, son asumidas por personas del grupo familiar e inclusive, amigos y allegados (Price, 1997). La importancia de estos procesos radica en que la búsqueda del cuidado de la salud, no obedece restrictivamente al entorno hospitalario y sus cuidadores, de manera contraria, hace converger a diversos miembros de la familia y otros miembros de la comunidad, develando los actores que pueden articularse con ellos funcionando como redes de apoyo (Bellato, 2008). Cabe recalcar que una comunidad se debería asumir como el conjunto de relaciones sociales donde están inmersos diferentes significados que de manera continua se definen y redefinen para consolidar su dimensión territorial, estableciendo procesos políticos y económicos, y no solo a la visión reduccionista de un lugar circunscrito espacialmente (Piselli, 2007). Es en esas relaciones donde se definen escenarios, actividades, funciones, aspectos y sentidos simbólicos que terminan por complementar y apoyar los procesos resolutorios complementarios de los padecimientos.

sonrisa y saludo, les pregunto cómo están; con algo de temor aferro mi maletín donde llevo mi diario de campo y grabadora. Al doblar la esquina veo a don Omar, levanta la mano y me saluda. Me invita a pasar, se excusa por el desorden de la sala. Saludo a su esposa, hija y nieto. Observo su hogar y aprecio que posiblemente están pasando por momentos de carencia, sobre la mesa del comedor se disponen documentos y medicamentos, tal vez para contarme su experiencia con el padecimiento. Me pregunto, ¿cómo asumir recomendaciones establecidas en protocolos de la biomedicina en un contexto de carencias?; ¿Cómo lograr los compromisos para una alimentación saludable?; ¿Cómo mantener la terapéutica y lidiar con la cotidianidad del “rebusque?” (Diario de Campo, 2021).

Instaurar un tratamiento para la presión arterial desde el consultorio y en la comodidad de un centro de salud, limita la visualización del contexto donde las personas resuelven los retos de la cotidianidad. El sistema de salud ofrece servicios donde las personas acuden a solicitar su atención, pocas veces ocurre lo contrario. La estrategia de atención primaria y por ende los promotores de salud en el actual sistema, prácticamente han desaparecido. Limitar el reconocimiento de las dinámicas poblacionales por parte de los cuidadores de salud, lleva a disponer de procesos terapéuticos que pueden superar las posibilidades de las personas para cumplir a cabalidad las recomendaciones. Las desigualdades sociales de los entornos, se hacen evidentes en diferentes escenarios mientras se recorre la ciudad. La consecución de los tratamientos, los pagos de los pasajes, el trabajo, la familia, los compromisos, corresponden a retos por resolver para mantenerse activo en el proceso de tratamiento de la presión arterial.

En la medida que las personas van quedando solas cuando avanza la edad, los requerimientos para mantenerse firme en el tratamiento se complejizan. Como se describe en la práctica de la familia, es fundamental el acompañamiento de los miembros a fin de lograr el éxito en la terapéutica, sin embargo, a falta de familiares, son los vecinos y los líderes de la comunidad que asumen ciertos procesos de apoyo generadores de algún tipo de mantenimiento en el tratamiento de la presión arterial. Ciertos casos de abandono a los tratamientos, estaban condicionados por la falta de acompañamiento de las personas con las diferentes prácticas asumidas para lograr la efectividad en los criterios biomédicos. Desafortunadamente, ser adulto mayor, vivir solo y en condiciones socioeconómicas restringidas, limita la continuidad y un ejercicio sistemático de incorporación de un adecuado tratamiento para el padecimiento.

Los amigos y vecinos, se convierten en un apoyo relevante en los procesos no solo asistenciales y administrativos que exige la vinculación de un tratamiento de la medicina hegemónica, los aspectos de orden psicosocial también reciben atención para la instauración de un tratamiento, Consuelo relataba

“[...] mis vecinos y las personas de la comunidad me decían, amiga tranquila, usted va a salir adelante, tranquila amiga, usted cuenta con nosotros ... Ellos me hacen sentir que están apoyándome ahora con lo que me pasó, ellos han estado muy, muy pendiente de mí... para uno solo lograr que lo atiendan y le entreguen los tratamientos, es muy duro, afortunadamente los vecinos y el presidente de la junta han estado pendiente de lo que yo he necesitado y les agradezco la generosidad porque por ellos yo me he mantenido bien hasta el momento ...” (SSA 0180).

En la comunidad, las personas recomiendan el consumo de plantas medicinales y otro tipo de tratamientos alternativos para quienes padecen presión arterial alta. Las recomendaciones del consumo de preparaciones caseras se vuelven frecuentes y se combina con las recetas médicas brindadas por los cuidadores

“[...] un señor dijo, usted no se olvide, usted siga hirviendo la cáscara de mandarina y tomate de árbol ... mi papá se curó sin cirugía con eso, dijo ya hará 15 años que no le volvió ... usted siga tomando que las aguas no le van a hacer mal ... por eso yo sigo tomando mis plantas, eso sí que me cae bien. Le cuento que desde que empecé con todos esto y empecé a tomar mis remedios, huuuu! estoy mucho mejor ...” (SSA 0230).

En el sistema de salud se estableció en el año 2017 la política de participación social en salud (Res. 2063 de 2017), sin embargo, a esta normativa le anteceden varios actos administrativos incluyendo categorías estructurales desde la Constitución Política de Colombia de 1991. Las formas de participación social, han sido un componente presente en las políticas públicas del sector sanitario. En el actual plan decenal de salud pública, se hace alusión a un aspecto esencial para la consolidación de la estrategia que moviliza la salud pública en los territorios. Herramientas salubristas como la estrategia de atención primaria de salud, la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad, la vigilancia en salud pública, las rutas integrales de atención en salud, la gestión de la salud pública, el modelo de acción integral territorial en salud, el plan de salud pública de intervenciones colectivas y la política de atención integral, incorporan roles y responsabilidades a los actores en salud para la movilización de la participación comunitaria.

A pesar de la vinculación de la participación social en la estructura normativa del sistema de salud, en el ejercicio etnográfico se identifican serías restricciones en la materialización, tanto de las acciones, así como de la dinamización de los procesos para la gestión de categorías relacionadas con la presión arterial alta, al igual que otros procesos sanitarios. A la luz de las definiciones de participación social, Puerta y Agudelo (2012), plantean que la participación corresponde a un proceso social: la incidencia que un sector o grupo tiene sobre la sociedad. Proceso en el cual particularmente la acción, influye en un proceso de ordenamiento, planeación, ejecución y evaluación en el ámbito de lo público⁸¹.

Tomando en cuenta la anterior definición, la consolidación de la participación social desde el proceso de salud tiene serias intermitencias originadas desde una restringida participación en los procesos de planeación de la política de salud. La vinculación de las personas de la comunidad se asume como un mero formalismo, utilizado para “legitimar” el proceso, sin embargo, en los reportes a las entidades de control, se manifiesta que la voz de la comunidad es expresada como aportes significativos en los modos de operar de las instituciones de las organizaciones sociales en la construcción de los requerimientos normativos. Las convocatorias a los encuentros se dan de manera ocasional, se entrega información acerca de formas de resolver necesidades y escuchar voces que, al final, limitadamente se tomarán en cuenta en la construcción de planes de salud.

En el proceso de ejecución de las acciones en salud, la participación social y comunitaria, continúa enfrentándose a grandes retos. Las actividades se desarrollan en virtud a una lógica centrada en las instituciones y su capacidad instalada (por cierto, limitada), y no en las necesidades de las personas y sus territorios. Si bien, se decide hacer partícipe a la comunidad en el proceso de intervención de las actividades en salud, estas corresponden a procesos de apoyo logístico para la prestación de servicios de salud rurales; organización de las actividades; concertación en la

⁸¹ A pesar de contar en la cotidianidad con un respaldo por parte de los representantes de la comunidad para apoyar el proceso de salud y enfermedad, se identifican limitaciones en las respuestas, así como en el grado de participación comunitaria y su red. Se erigen en este sentido, pugnas de poder expresadas desde diferentes formas de relacionarse, originando tramas de poderes como lo hace notar Foucault (1980), microscópicos y capilares en las dinámicas de participación, para este caso, en el proceso de salud, donde se manifiestan inequidades en la materialización de la participación de manera efectiva, al hallarse intereses diferentes entre los actores que se relacionan y, donde saber y poder, se refuerzan mutuamente.

Los discursos de los líderes comunitarios, aluden constantemente al cumplimiento del derecho a la salud de su población (Bang, 2011) por parte de los actores en salud, sin embargo, la interacción con estas instituciones, se ve limitada al no incorporar procesos de participación comunitaria de manera sostenida y sistemática con el propósito de construir, ejecutar y evaluar procesos de salud locales. Las acciones de participación, quedan restringidas a reuniones convocadas por los actores en salud, donde se entrega información de planes y proyectos a ejecutar en el territorio, esta intervención, adolece de acciones sistemáticas y procesos de interacción generadores de prácticas de cuidado de salud de manera regular.

captación de personas y apoyo en la emisión de comunicaciones de las acciones a llevar a cabo entre las instituciones, las personas y sus familias. Haciendo alusión al proceso de evaluación de la intervención en salud, un componente de la norma sanitaria, se aprecia una restringida participación de la comunidad. El ejercicio que deben garantizar los actores de salud, no vincula de manera seria y sistemática elementos que permitan aportar a la evaluación de los procesos en salud, los cuales se insertan en los territorios, posibilitando identificar el seguimiento y valoración de las acciones en salud con el propósito de aportar desde la lógica local y comunitaria a las políticas públicas. Las evaluaciones realizadas aluden a indicadores de proceso y resultado, de conformidad con los planes, programas y proyectos definidos en los lineamientos nacionales.

De la valoración del ejercicio de participación social y, sobre la base de requerimientos normativos, “la participación como la manera en la que el ciudadano se acerca o se vincula con los gobiernos y sus instituciones” (Gutierrez, 2007), se encuentra seriamente restringida y, en algunos escenarios, ausente. A la luz de la definición de la participación asimilada como un recurso, poder o capital del individuo el cual le posibilitará incidir en su mundo social, los actores sociales en las dinámicas del proceso de atención de la presión arterial alta, no se asimilan o, se erigen como actores sociales, ni agentes. Las relaciones de poder entre ciudadanos y actores institucionales, no corresponden a un ordenamiento de un mismo nivel, por el contrario, los ciudadanos están subordinados en un discurso asistencialista y de dispositivos de control, donde prevalece la dinámica de una mirada biologicista que de manera limitada compagina con el discurso y la labor de la participación social.

Las solicitudes realizadas por los líderes representantes de la comunidad se relacionan con la materialización de jornadas de salud en los barrios, comunas o veredas; la atención en particular a personas sin apoyo familiar; la apertura de un servicio en los puestos de salud; visita a los hogares; es decir, actividades puntuales que no denotan un ejercicio sistemático de participación social, de acuerdo con los elementos normativos. En términos amplios, los actores del sistema sanitario, subordinan y limitan la incorporación de los procesos de participación social en la gestión de las instituciones de salud, tanto en los servicios de atención individual, así como los de la salud pública.

Para Blanca, Fabio, Consuelo, Ingrith, Argenis, María Betty, Marisela, Omar y Esperanza, someterse al proceso administrativo de lograr acceder a los insumos del régimen terapéutico, se convierte en un reto en el que deben sortear varias dificultades, no se logra de manera fácil, pues, en la entrega de los insumos, debe mediar diferentes autorizaciones según las necesidades del paciente, no obstante, las personas se someten a complejos procesos administrativos establecidos

por las aseguradoras (EPS) o los prestadores de servicios de salud (hospitales) para cumplir con las indicaciones biomédicas y lo establecido por el médico tratante. La limitación en la entrega de los tratamientos de la presión arterial, genera inconformidades y necesidades adicionales, como, por ejemplo, los gastos de bolsillo asumidos por los pacientes cuando no encuentran respuestas a sus solicitudes que los mismos cuidadores de la salud le han establecido para su tratamiento. Esta situación incita a organizar a los representantes de la comunidad y a las mismas personas para movilizar acciones que permitan exigir y cumplir con los derechos.

Ante la negación de servicios y productos biomédicos, las personas optan por acudir al sistema de justicia para acceder, a través de la acción de tutela⁸², a los requerimientos terapéuticos que el mismo sistema le ha asignado y de manera arbitraria, son negados. Es a través de este mecanismo jurídico que buena parte de las personas con requerimientos especializados, logran acceder a la totalidad de los servicios requeridos. La insatisfacción por el restringido suministro de los insumos farmacéuticos, al igual que otras tecnologías y servicios, generan confrontaciones entre las personas con las aseguradoras (EPS) y los hospitales. En estas dinámicas, los pacientes y sus familias se ven abocados a interponer quejas, peticiones y reclamos para acceder a las intervenciones biomédicas establecidas durante su tratamiento, de hecho, acudir a mecanismos del sistema jurídico como la acción de tutela, se ha vuelto una cotidianidad en Colombia. En el año 2021, de acuerdo con datos de la Defensoría del Pueblo, se instauró cerca de 250 tutelas a diario reclamando el derecho a la salud, esto es, 91.250 solo en este año (Defensoría del Pueblo, Colombia, 2021).

El ejercicio de la acción comunitaria sobre estas formas de reclamar y exigir los derechos de salud, aportan a la garantía para la entrega de los insumos farmacológicos, tecnológicos y de servicios, de acuerdo con las necesidades de los pacientes y sus familias, focalizando sobre todo a pacientes con considerables grados de vulnerabilidad. La restricción y la inconformidad con los actores del sistema de salud, abre paso a la conformación de agremiaciones cuyo propósito es luchar por la garantía de una atención integral, continua, de calidad y ajustada a las necesidades de las personas. Si bien el sistema de salud hace alarde que, de cada 100 colombianos, 96 están afiliados a un seguro de salud; no puede aseverar que de estos 96 últimos, en su totalidad logren acceder y

⁸² En la Constitución Política de Colombia del año 1991, se consagran mecanismos de protección de derechos fundamentales de carácter más expedito, como la acción de tutela, creada "para reclamar ante los jueces, en todo momento y lugar, mediante un procedimiento preferente y sumario, por sí misma o por quien actúe a su nombre, la protección inmediata de sus derechos constitucionales fundamentales, cuando quiera que estos resulten vulnerados o amenazados por la acción o la omisión de cualquier autoridad pública». (Constitución Política de Colombia 1991: 26).

resolver sus necesidades, de acuerdo con los requerimientos establecidos según su diagnóstico o la enfermedad que padece.

Las barreras administrativas y las negaciones a servicios, dan origen a diferentes manifestaciones por parte de organizaciones sociales que exigen la garantía en el proceso de atención. En diferentes departamentos de Colombia y en especial en el departamento del Cauca, las movilizaciones para exigir el derecho a la salud han logrado poner en tensión la forma de operar el sistema de salud, tanto en el nivel local como regional y nacional. La Asociación Nacional de Usuarios Campesinos ANUC y el Consejo Regional Indígena del Cauca CRIC, entre otras organizaciones, han librado batallas para luchar por los derechos de salud de las personas. A través de manifestaciones por las calles de la ciudad de Popayán, así como en la vía Panamericana, convocan al gobierno central, a través del Ministerio de salud, el replanteamiento de las maneras de operación del sistema de salud. Ponen de manifiesto, las limitadas respuestas del sistema sanitario a las necesidades que se generan por un inadecuado proceso de prestación de servicios, de igual manera a los procesos de seguimiento y continuidad de los tratamientos.

Diferentes movilizaciones, han permitido avanzar en el fortalecimiento de la red de prestación de servicios, conjuntamente con la infraestructura y cuidadores de la salud disponibles en los hospitales donde se aprecia las precarias condiciones con las cuales se prestan los servicios de salud. Don Oscar Agredo, líder comunitario de la ANUC, ha movilizó cerca de 7.000 personas, a través de manifestaciones realizadas en varios municipios del departamento del Cauca, para exigir la garantía de los procesos de atención en salud de campesinos y campesinas que viven en la ruralidad, junto con las personas en el área urbana, quienes también presentan limitaciones para lograr atenciones en los centros de salud dispuestos en los diferentes municipios.

De este modo se promulga una versión de la presión arterial como movilizador del derecho a la salud, de acuerdo con los discursos y prácticas de las personas. La presión arterial moviliza el activismo desde un cúmulo de negaciones en la prestación de los servicios, no obstante, la lógica económico-financiera que caracteriza al sistema, sostiene como prioridad la tendencia mercantilista, en ese sentido, es desplazado el concepto de cuidado de la salud y la gestión de la vida misma, así como los principios del sistema sanitario. Este activismo ha planteado una lucha constante contra modelos neoliberales de lógicas mercantilistas, que se han embebido en el sistema, sin embargo, su estructura continúa siendo definida desde el modelo de aseguramiento, una forma de dinamizar modelos alejados de las particularidades y el contexto donde viven las personas, sosteniendo planteamientos dirigidos a fortalecer las instituciones del sistema de salud desde un discurso

cientificista, economicista y mercantilista que ha prevalecido durante los últimos 25 años en Colombia.

Las personas que se movilizan para exigir el derecho a la salud, han vivido diferentes experiencias, no solo con temas relacionados con el tratamiento de la presión arterial alta, sino con otro tipo de eventos como el cáncer, el VIH, enfermedades raras, entre otras. El CRIC mantiene una lucha continua para exigir el ajuste del modo de operación del sistema de salud que restringe la mirada local del cuidado de la salud y se basa en un modelo económico financiero. Esta organización aboga por el fortalecimiento de los procesos sociales y comunitarios, basados en la dinámica de las personas y sus familias, teniendo en cuenta sus particularidades y las formas propias de mantener su salud. Esta organización indígena ha fortalecido en sus territorios, tratamientos alternativos basados en plantas medicinales y en la sabiduría ancestral (la cual es la puerta de entrada a su modelo de salud propio), para hacer frente a las desarmonías o a las enfermedades no transmisibles, incluyendo la diabetes y la presión arterial alta, dos eventos centrales en el ejercicio de la lucha contra la modernidad del sistema de salud hegemónico.

Capítulo 4. Construcción de la presión arterial en el campo de información de los cuidadores de salud y el sistema sanitario

4.1 Construcción de la presión arterial en el campo de información de los cuidadores de salud

Desde el discurso de la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad, la política sanitaria vincula de manera explícita, acciones encaminadas a la identificación temprana de personas con presión arterial alta, fortaleciendo acciones de control y mitigación de los riesgos que genera este evento de interés en salud pública; así mismo, sus propósitos están encaminados a generar procesos de disminución de complicaciones cardiovasculares, a través de varios frentes que vinculan no solo al sistema de salud, sino, a otros sectores y a las formas de participación social y comunitaria como catalizador del logro de las metas en salud.

En la estructura de la política pública sanitaria, los cuidadores de salud se distribuyen en varios escenarios. Las acciones para materializar el logro del cuidado de la salud, se llevan a cabo en hospitales⁸³ y clínicas que, a su vez, se estructuran en niveles de baja, mediana y alta complejidad, donde se provee acciones de cuidado directo a las personas. Otros cuidadores se distribuyen en secretarías de salud municipales y la secretaría de salud departamental, escenarios donde se gestiona la salud pública y se llevan a cabo prácticas de análisis de la situación de salud de las poblaciones, a través del procesamiento de datos, generados por parte de los prestadores de servicios de salud y la definición, operación y evaluación de planes, programas y proyectos que se coordinan con los demás actores del sistema.

⁸³ Al referirme al hospital, hago alusión a las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud o Empresas Sociales del Estado o clínicas, instituciones que concentran cuidadores de salud y atienden a las personas y sus padecimientos. El concepto de hospital denota un campo social donde se materializan relaciones de poder, identidad, saberes y un capital simbólico que las determina. Este campo de información en sincronía con el saber y el poder hace emerger una entidad de una enorme fuerza que en la cotidianidad es determinante en las dinámicas de los procesos de atención en salud (Foucault, 1975).

Desde las aseguradoras (EPS), acompañan otros cuidadores en un proceso de gestión integral del riesgo, mediante el procesamiento de información de las dinámicas en salud de sus afiliados (personas aseguradas a una EPS), utilizando proyecciones que inducen a la toma de decisiones frente a desviaciones existentes en los diferentes municipios donde se hacen insidiosos los eventos relacionados con la presión arterial alta. Los cuidadores de salud tradicionales, que prestan asistencia sanitaria a las personas en contextos comunitarios, son muy escasos, de hecho, los pocos que existen, no están inmersos administrativamente con el sector salud. Su actividad es parcial, no sistemática y, además, estigmatizada por el mismo sistema, sin embargo, forman parte del ensamblaje del cuidado de la salud en la cotidianidad.

En el escenario comunitario, el contacto directo con el núcleo familiar se encuentra desdibujado, a pesar que, la norma y la estrategia de la política pública define a la atención primaria de salud como modelo para su actuar.

4.1.1 Escenarios y prácticas de los cuidadores de salud

En el nivel de atención de la baja complejidad (hospital nivel uno)⁸⁴, el principal contacto de las personas con presión arterial alta, se da con el médico general. Este cuidador de salud, es quien define el diagnóstico en virtud de los resultados de la toma de presión arterial y los resultados de los exámenes paraclínicos, así como la información consignada en la historia clínica, en ellos se vinculan diferentes materialidades y actantes que unidos promulgan entidades movilizadoras de las personas y su contexto. Según el modelo adoptado, el médico puede valorar a las personas cada mes, cada tres o seis meses, dependiendo del proceso en el que se encuentre su condición fisiológica. Las enfermeras del programa, realizan prácticas relacionadas con procesos informativos dirigidos a mantener las indicaciones terapéuticas, identificar manifestaciones corporales clasificadas como de riesgo y a la incorporación o fortalecimiento de acciones que conlleven a un estilo de vida saludable. “Los jefes de enfermería” aportan también a la construcción y operativización estratégica del “programa de hipertensión”, junto con el seguimiento de personas mes a mes, para verificar la continuidad del tratamiento y su adherencia. El personal técnico de salud (auxiliares de enfermería),

⁸⁴ El sistema de salud define a los hospitales por niveles de complejidad, en virtud de la atención que brindan. El hospital de primer nivel o de baja complejidad ofrece programas de promoción de la salud, prevención de la enfermedad y procesos asistenciales de recuperación de la salud (hospitalización y urgencias), a través de médicos generales, enfermeros, bacteriólogos, auxiliares de enfermería y promotores de salud. El hospital de segundo nivel o de mediana complejidad, ofrece servicios a través de médicos especialistas en gineco-obstetricia, medicina interna, pediatría y cirugía general, además de urgencias, hospitalización, laboratorio clínico, imágenes diagnósticas, traslados en ambulancias medicalizadas, entre otros. El tercer nivel de atención o de alta complejidad, ofrece además de los servicios de la mediana complejidad descritos previamente, las otras especialidades como cardiología, nefrología, neurocirugía, unidad de cuidado intensivo, oftalmología, cancerología, entre otros.

recolectan datos de las personas, procesan bases de datos, crean alertas de los inasistentes, apoyan las transacciones administrativas de los pacientes y realizan llamadas para captar personas que han decidido no continuar con su proceso de atención biomédico.

En el nivel de mediana complejidad (hospital nivel dos), los médicos internistas (especialidad de la medicina), valoran con mayor afinidad anatomo fisiológica las condiciones de las personas y su padecimiento, apoyados en prácticas, las cuales utilizan ayudas diagnósticas más específicas; definen e instauran procesos terapéuticos acordes a las necesidades que desde la mirada hegemónica requiere el paciente. La comunicación entre estos especialistas y el médico general, se da a través de la historia clínica, donde queda consignada la información del equipo tratante. En este nivel de atención, el equipo de enfermería aporta a la gestión de acciones de cuidado desde servicios como urgencias y hospitalización, donde se atienden personas con algún tipo de alteración de la presión arterial que ha comprometido de manera más compleja su proceso de salud. Otros profesionales, aportan al cuidado de la salud, entre ellos fisioterapeutas, terapeutas respiratorios, nutricionistas, psicólogos, técnicos de radiología, conductores de ambulancia, camilleros, bacteriólogos, nutricionistas, entre otros, complementando las atenciones en este ámbito de mayor complejidad.

En la alta complejidad (hospital nivel tres), las personas reciben cuidados por parte de cardiólogos, internistas, cirujanos vasculares, nefrólogos, junto a un equipo de salud especializado, apoyando el proceso de atención ya sea en el servicio de urgencias, hospitalización o la Unidad de Cuidados Intensivos, donde las alteraciones fisiológicas se han desviado de manera considerable, requiriendo un soporte a través de máquinas y medicamentos de uso cauteloso para mantener la vida de las personas. En estos escenarios, un grupo de intensivistas y un equipo de salud, abogan por mantener la vida en un interaccionismo continuo con máquinas, señales, sonidos, gráficos, pantallas, computadores, controles, mangueras, vestidos, camas especiales, medicamentos y otra cantidad de materialidades ensambladas para materializar el cuidado.

La unidad nefrológica donde personas se les ha comprometido el riñón a raíz de un excesivo y mantenido nivel de presión arterial, entre otras causas; médicos y enfermeras interactúan con máquinas de diálisis que mantienen conectados a las personas, al menos durante cuatro horas al día, tres días a la semana. La interacción entre máquinas y pacientes, así como cuidadores de la salud—máquinas, adquiere una dinámica compleja en el proceso de extracción del total de la sangre corporal para ser filtrada externamente y luego retornada al torrente sanguíneo. Los cuidadores de la salud en este escenario, deben adquirir competencias y destrezas adicionales, denotando una mayor complejidad en el suministro de cuidados en el proceso de mantenimiento de la salud.

En este campo de información prevalece el uso de la tecnología que, cada vez está más desprovista de formas de cuidado desde el sentir del otro y la vulnerabilidad que le genera el padecimiento. El empleo de los dispositivos tecnológicos, disminuye las posibilidades de brindar un cuidado de la salud centrado en las personas y su historicidad. A este abordaje, le caracteriza el aislamiento y descontextualización del entorno, asumiendo al cuerpo como si se tratara de un mero recipiente de signos y síntomas. La tecnología se complementa con la supra especialización de la medicina, un aspecto que termina por fragmentar aún más los procesos de atención, por sí atomizados y recibidos de manera “por retazos”. El abordaje de los padecimientos se ha dirigido en los últimos años a ubicar fragmentos para conformar enfermedades, donde se indaga a partir de la minucia y no desde el contexto donde se desenvuelve la vida: la patología biomédica contemporánea diseña su progreso en términos de unidades, cada vez más pequeñas (Hahn, 1995), en este mismo sentido, la modernidad ha permeado el estudio de la patología y le ha despojado de su esencial razón de ser: el sufrimiento, trascendiendo al estudio de unidades, cada vez más fragmentadas del cuerpo limitando una visión amplia de la realidad (Martínez-Hernández, 2008).

4.1.2 Prácticas en el proceso de atención en los hospitales de baja complejidad

La pesquisa de personas con cifras de tensión arterial alterada, es una actividad frecuente que se ejecuta de manera continua a través de la demanda inducida⁸⁵. Los programas hospitalarios plantean realizar tamizaciones en la población para identificar personas con el padecimiento y clasificar el riesgo. De acuerdo con los datos de la presión arterial y otras variables a considerar como la edad, la obesidad y antecedentes familiares, las personas son insertadas en las dinámicas hospitalarias para valorar sus niveles fisiológicos de creatinina, colesterol, glicemia, proteínas renales, entre otras. De evidenciar desviaciones de acuerdo con parámetros de la presión arterial, así como fisiológicas, se realiza una clasificación del nivel de afectación establecida en el protocolo y guía de atención. Así las personas transitan de ser un sujeto a ser un paciente.

El equipo de enfermería toma como referencia información registrada en bases de datos que le proveen las aseguradoras y sus propias fuentes, con el propósito de ubicar sistemáticamente a las personas “[...] *identificamos inasistentes, esa parte para nosotros es muy importante porque a ellos*

⁸⁵ La demanda inducida corresponde a una actividad que busca captar a las personas en su lugar de residencia u otros escenarios a fin de incentivar el uso de servicios principalmente de promoción de la salud y prevención de la enfermedad (detección temprana), mediante programas de crecimiento y desarrollo, adulto mayor de 45 años, toma de la citología, vacunación, control prenatal, entre otros.

toca hacerles un seguimiento aparte; llamadas; saber por qué son inasistentes y por qué no han seguido su tratamiento, ni han tenido adherencia a él ...” (SSA C010).

La inasistencia se puede dar por diferentes causas, médicos poco o nada amables con las personas; barreras geográficas; congestión de los servicios; trámites administrativos; falta de respuestas a los requerimientos; personas sin acompañamiento de sus familiares; falta de medios de comunicación; dificultades tecnológicas para acceder a las citas; y desinterés por el tratamiento. Estos reportes se entregan a la aseguradora para la ubicación de las personas a los programas, del mismo modo, se entregan a las Secretarías de Salud Municipales para que, entre todos los actores, se logre captar a la menor brevedad las personas para la continuidad de su tratamiento. En la gestión de estas prácticas, se dispone de auxiliares de enfermería dedicados a contactar y ubicar a las personas mes a mes. Es algo así como una lista de sujetos estigmatizados como inasistentes, a quienes se les vincula a un proceso de búsqueda, seguimiento y re captación.

Para el seguimiento de las personas con el padecimiento, se toma en cuenta la historia clínica, conjuntamente con los resultados de laboratorio, junto con las medidas antropométricas. Con esta información, se calcula el riesgo cardiovascular y se define qué personas tienen mayor probabilidad de complicaciones, de esta manera se decide actuar rápidamente en la búsqueda e incorporación de inasistentes. Otros profesionales que apoyan el mantenimiento del programa son psicólogos y trabajadores sociales quienes identifican las condiciones del contexto de las personas, para de alguna manera, lograr reconocer ese entorno y adecuar ciertas intervenciones, sin embargo, su actuar es limitado, al superar la capacidad del sistema sanitario para realizar otro tipo de prácticas diferentes al asistencialismo.

4.1.3 El discurso del riesgo en el abordaje de la presión arterial alta

En el escenario biomédico, emerge con fuerza una categoría transversal en el discurso de los cuidadores de salud, se trata del riesgo⁸⁶. Esta categoría define las dinámicas de la prestación del

⁸⁶ Al abordar el riesgo, se inserta como un concepto que tuvo su génesis en la modernidad, en ese sentido, está incorporado como patrón cultural determinante de la forma de operación tanto del sistema sanitario y las personas y es elaborado e interpretado de manera sistemática por estos actores. La conciencia del riesgo está inmersa casi en la totalidad de las acciones, no solo del proceso de salud, sino, de la misma cotidianidad (Giddens, 1994).

En la salud pública, el riesgo es incorporado como una categoría relevante en su operacionalización (Backett, et al, 1995). Por un lado, funciona como un dispositivo de poder (Foucault, 1995), un instrumento operativo de control social; y por otro; un dispositivo metodológico de medición. La combinación de estas dos consideraciones, definen una manera cómo desde la salud pública se construyen y explican los fenómenos mórbidos, aludiendo a determinadas construcciones epistemológicas y su influencia en la dinamización. Se inserta de esta manera, el uso de la epidemiología como instrumento legitimador del riesgo, a través del uso de la matemática y la estadística, estableciendo una relación de causalidad directa, donde la enfermedad, es el producto de las interacciones del contexto (Susser, 1998, 2001). La

servicio y la gestión de procesos administrativos. Desde esta lógica, se prioriza la posibilidad de ocurrencia de eventos que afecten a las personas incluyendo condiciones ambientales (De Almeida Filho, 2006). El análisis del proceso de salud-enfermedad-atención a partir de los riesgos, connota dificultades en la apropiación de categorías, las cuales se encuentran determinando las causas de enfermar y morir y, corresponden a las realidades del proceso sociocultural como tal. De manera ausente, se percibe al interior de los hospitales, la vinculación de categorías propias del proceso SEA, posicionándose una tendencia biomédica en la atención de las personas, así como una continua universalización de los padecimientos.

El discurso del riesgo⁸⁷, permea de manera contundente todo el proceso de atención por parte de los cuidadores de salud y cada espacio del sistema sanitario del cual hacen parte. De acuerdo con la lógica de operación del sistema, el riesgo asume el carácter central que determina las formas de operación de los hospitales, las aseguradoras y las secretarías de salud. La OPS ha incorporado el concepto de factor de riesgo como un atributo posible de detectar en las personas o en los grupos sociales; se asocia con la posibilidad de experimentar un daño o generar un efecto adverso a la salud de las personas (Beaglehole et ál., 2003). Así mismo, se puede asumir como la causa indirecta que eleva la probabilidad de padecer una enfermedad, analizando múltiples acontecimientos para identificar, cuáles de estos, aportan a la construcción de los padecimientos (Aschengrau y Seage, 2003).

El control de los riesgos, pasa por abordar el comportamiento de las personas, conjuntamente con sus estilos de vida; aspectos genéticos y ambientales; para favorecer la práctica de procesos intervencionistas, característicos de los programas de salud entregados a través de planes, programas y proyectos, bajo el discurso de la prevención de la enfermedad y la promoción de la salud (OPS, 2003). Así las cosas, los riesgos son construidos desde las dinámicas de un contexto local, a través de significados culturales y sociales que le son asignados por intereses particulares

pretensión desde esta lógica, va dirigida a predecir tendencias del comportamiento de las personas, así como de los grupos sociales en el proceso de salud y enfermedad, para posteriormente, establecer maneras de actuar desde la gestión de los servicios de salud y lograr maneras de controlar los riesgos.

⁸⁷ Al riesgo se le han asignado diferentes significados desde el lugar de enunciación de varias disciplinas que lo han asumido como uno de sus modos de explicar sus realidades. Algunos autores, lo han considerado como una construcción colectiva y cultural (Douglas y Wildavsky, 1982). No se le considera un ente material objetivo como tal, más vale, se asume como una construcción intelectual de las personas que sirve para llevar a cabo procesos de evaluación de valores y probabilidades en el campo social (Douglas, 1987). La percepción social del riesgo, también se asume como un proceso social, donde su génesis está condicionada por concepciones e interpretaciones de las personas, grupos y sociedades, en relación con la percepción de su realidad, transversalizado por procesos de construcción cultural. Quiero decir, que la cultura es un determinante de la construcción social del riesgo, tal como lo expresa Peretti-Watel (2000).

desde la lógica biologicista del sistema sanitario (Joffe, 2003). Ahora bien, estos tipos de riesgos contruidos desde la lógica biomédica, son poco compatibles con las representaciones que hacen las personas frente a sus propios riesgos, generando brechas en el reconocimiento de potenciales aspectos que no favorecen del proceso de salud (Giddens, 1995).

Buena parte de las acciones de los cuidadores de salud, desde el escenario hospitalario, se fundamentan en delegar la gestión del riesgo casi exclusivamente bajo la responsabilidad de las personas. Esta delegación connota serias dificultades pues, requiere la adopción de diferentes ajustes que desde la lógica biomédica se consideran prácticas de riesgo, enfocándose en los estilos de vida, conjuntamente con la inserción de procesos de auto monitoreo. Esta situación, funciona como un dispositivo que, de no lograr los resultados que el cuidador desea en su paciente, emerge una marcada tendencia a culpabilizar a las personas sobre los resultados adversos de una inadecuada adopción de su proceso de cuidado para lidiar con la enfermedad, haciendo alusión a lo que Ryan (1976) ha denominado como “la culpabilización de la víctima”.

De acuerdo con lo anterior, emerge una versión de la presión arterial promulgada como riesgo, la cual transita en los diferentes espacios de los campos de información. Construida desde el pensamiento moderno, marcado por una fuerte influencia cartesiana. La presión arterial como riesgo corresponde en la biomedicina a uno de los aspectos prioritarios a “intervenir”, mitigar o eliminar en el complejo proceso de control de la enfermedad. Es sobre esa lógica cartesiana, que se han postulado diferentes categorías incrustadas desde la epidemiología y referenciadas en la historia natural de la enfermedad, para establecer una serie de riesgos anatomo fisiológicos (construidos con parámetros de normalidad - anormalidad), comportamentales, ambientales, incluidos los administrativos y financieros, los cuales deben ser intervenidos de manera previa para mitigar los eventos adversos de la salud.

Otra categoría frecuente en los discursos de los entrevistados, hace alusión a la vinculación de los indicadores. El indicador es una característica específica, susceptible de ser observada y medida; utilizada para mostrar los cambios y progresos que se están haciendo en un programa e identificar el avance y los resultados. En cada nivel de atención y para cada actor del sistema, se incluyen indicadores relacionados con la dinámica de la presión arterial; es sobre este insumo como se evalúa la gestión administrativa, financiera y de gestión de los servicios de salud, así como el aporte de los cuidadores a la disminución de los eventos relacionados con el aumento de las cifras tensionales. De manera que la gestión y operacionalización de la política pública se valora de acuerdo con números (indicadores) los que, a la vez, pueden estigmatizar a las instituciones en el

restringido logro de las metas planteadas en los procesos de atención y control de las personas con presión arterial alta.

Los indicadores se construyen con datos de la dinámica de atención local a través de materialidades digitales como los RIPS (registros individuales de prestación de servicios de salud), el SIVIGILA (sistema de vigilancia en salud pública) y se disponen de manera consolidada en el ASIS (análisis de situación de salud) y una bodega de datos denominada SISPRO (sistema de información en salud). La información se reporta a nivel regional y nacional; y los consolida la OMS. Con estos datos, se “califica” a las instituciones en términos de su gestión para valorar el aporte que realizan al control de la enfermedad. Entre los indicadores están la prevalencia, la incidencia, riesgo de desarrollar daño renal, control de la presión arterial en menores y mayores de 60 años, toma de colesterol, creatinina y albúmina. (Cuenta de alto costo Colombia, 2021).

Del análisis de las prácticas y los discursos, se promulga una versión de la presión arterial como indicador de bienestar, tanto en el nivel individual como de la gestión de los gobiernos nacionales, regionales y locales en relación con el cumplimiento de las metas planteadas en su política pública. De la misma manera, las estrategias materializadas para la mitigación de los riesgos establecidos en el modelo hegemónico. La presión arterial como indicador, se moviliza en el entorno político a nivel global. El logro de la mitigación de la presión arterial con base en los indicadores en los territorios, es sinónimo de buena gestión de las políticas de salud pública y causa de altruismo de los tomadores de decisiones. La presión arterial, como indicador, es una muestra fehaciente de los grados de adherencia que pueden lograr las personas cuando han sido sometidas al influjo de los regímenes terapéuticos de los sistemas de salud.

La fuerte tendencia a medir y explicar los riesgos en el proceso de salud y enfermedad, está marcada en la cotidianidad de los cuidadores de salud, al involucrar en sus prácticas, la valoración de medidas antropométricas y fisiológicas, dejando ausente otras categorías como lo plante Menéndez:

“La mayoría de los estudios epidemiológicos son mediciones, pero mediciones que no permiten comprender muchos de los procesos susceptibles de medir, dado que tienden a desconocer la complejidad del campo social donde operan dichos procesos de salud/enfermedad/atención” (Menéndez 2008: 68).

4.1.4 La presión arterial alta y los dispositivos de poder

Las prácticas de los cuidadores de salud situados en el primer nivel de atención son diversas dependiendo de la profesión ejercida. Los enfermeros y enfermeras profesionales, con un equipo de auxiliares de enfermería (cuidadores con formación técnica), gestionan “programas de salud”. Estos se encargan de planear, ejecutar y evaluar el proceso administrativo para captar a la mayor cantidad de población, cuyo propósito es ser inscritos e incluidos en el “programa de crónicos” o, “programa de hipertensión” o, en una denominación un poco menos biomédica, “programa los años dorados”. El propósito de tales programas, está enfocado al seguimiento continuo de las personas con presión arterial alta para verificar de manera sistemática, la adherencia al tratamiento “[...] *necesitamos garantizarles también a los usuarios que no sean inasistentes, que no dejen sus medicamentos y que podamos constantemente tenerlos en control...*” (SSA C010).

Tener en control a los pacientes con presión arterial alta, hace alusión a su mantenimiento en los programas creados bajo la estructura del sistema de salud, definidos en el plan decenal de salud pública y las rutas integrales de atención en salud. Dos dispositivos de poder⁸⁸ creados para controlar la población desde la política sanitaria colombiana. En el ámbito hospitalario, los aspectos biológicos de las personas con presión arterial alta, son parte de una estrategia política. Una estrategia de poder que moviliza buena parte de la vida de las personas a través de los “programas de hipertensos” constituidos desde una lógica capitalista, proceso fundamental en el desarrollo del biopoder (Foucault, 2004). En estos escenarios, los cuerpos son controlados para dar respuesta a un aparato de producción y ajuste de los fenómenos donde se desenvuelve la vida, a través de procesos económicos (Foucault, 1976b), mediante protocolos y guías de atención y lineamientos normativos, se dinamizan las actividades para controlar a las personas. Son tal cual una norma, un “*elemento circulante entre lo disciplinario a lo regularizador, es lo que puede aplicarse tanto a un cuerpo al que se quiere disciplinar como a una población a la que se pretende regularizar*” (Foucault 1995: 77).

Las personas con presión arterial alta, son vistas desde el sistema de salud como un objeto de vigilancia, de análisis, de intervenciones y de operaciones (Foucault, 1976a), adquiriendo diversas posibilidades para trazar acciones económicas, rentables, determinando dispositivos para alcanzar

⁸⁸ Un dispositivo de poder, hace referencia a un conjunto de estrategias y técnicas dirigidas a un disciplinamiento de los cuerpos y la regularización de la población (Foucault, 1976b).

el mantenimiento del sistema, sobre el influjo de una lógica capitalista que, cada vez más, somete los cuerpos para generar perpetuamente utilidades⁸⁹.

El sistema de salud se ha constituido como un poderoso campo que denota autoridad. Lo hace no solamente en el escenario clínico, sino también en otros escenarios de lo social donde se lleva a cabo la vida. Ese poder es autoritario y define acciones normalizadoras que no solamente lleva a considerar a los padecimientos como su campo de acción (Foucault, 1976b). Los cuidadores de salud y su conocimiento, co construyen sociedades normalizadoras y, a través de dispositivos de poder, definen formas de tratamiento y seguimiento desde la perspectiva biomédica, para convertirse en un aparato económico determinante en el campo social. La tendencia biomedicalizadora del sistema, ha permeado todos los escenarios de atención de las personas con presión arterial alta, medicalizando no solo a los afectados por el padecimiento, sino, a toda la estructura social: cuidadores de salud, instituciones, normas, el mercado farmacéutico, la alimentación, la actividad física, las tecnologías; en fin, varios escenarios de la cotidianidad, incluyendo a la familia, donde se insertan discursos del sistema de salud para fomentar el consumo de bienes y servicios y, abrirse a maneras de apropiarse de la política de la vida, valiéndose de la biopolítica (Foucault, 2005; Castro-Orellana, 2004).

La utilización de los dispositivos de poder y la normalización que ocasionan en las personas con presión arterial alta, causan desaprovechamiento de las decisiones propias frente al cuidado de la salud, en ese sentido, se relega el proceso de resolución de necesidades de los padecimientos a una mera cuestión asistencialista, de aplicación a acciones puntuales como la asignación de un tratamiento, la toma y lectura de exámenes paraclínicos y el cumplimiento de actividades normalizadoras contenidas en un protocolo.

Los cuidadores de salud, especialmente el médico general como centro del sistema de salud, históricamente ha construido, a través de su rol, un poder social basado en la necesidad de asistir a las personas en sus necesidades mórbidas, en este sentido, se han generado permanentes demandas hacia el médico como una entidad resolutoria de los padecimientos. Esta situación, le asigna privilegios en el campo social que se avala como un estatus desde lo simbólico, así como un

⁸⁹ Foucault plantea que las prácticas discursivas son determinadas por los dispositivos, una compilación de discursos, instituciones de salud, ambientes locativos, reglamentos, leyes, procesos administrativos, conceptos científicos y aspectos morales (Foucault, 1977), que al final, tiene efectos en los discursos de los cuidadores de salud, construyendo un sistema de conocimiento y creencias, definiendo formas de relación entre las personas y estableciendo posiciones de las mismas (Fairclough, 1992).

posicionamiento dominante en términos de lo ideológico, lo político y, por supuesto, desde lo económico, consolidándose como una autoridad y, determinando su rol, como necesario y fundamental para el mantenimiento de la vida y exclusividad para atender las desviaciones que genera la enfermedad, al igual que lograr el retorno de la persona a su campo social a través de la terapia (Martínez Hernández, 2008).

Desde conceptos técnicos biomédicos como la “gestión del riesgo cardiovascular”, la “nefroprotección”, se construyen procesos administrativos para mitigar los efectos fisiológicos y anatómicos generados por la exposición a la presión arterial alta. Estos procesos fueron creados ante la necesidad de disminuir los costos generados por las atenciones de pacientes atendidos por complicaciones en hospitales de mayor complejidad. Estos, por ende, requieren del uso de dispositivos médicos de alta tecnología, productos farmacéuticos y procedimientos especializados. Las cuentas de alto costo, por ejemplo, son sistemas de información y bases de datos de pacientes con presión arterial alta, considerados de riesgo por su discontinuidad en su tratamiento y, que alguno de sus órganos ha perdido funcionalidad. De continuar bajo una exposición mantenida a esa presión, puede acarrear un mayor empleo de atenciones y, por lo tanto, de recursos.

El sistema sanitario provee a sus actores de diferentes guías y protocolos de atención, enmarañadas en lineamientos normativos y estratégicos de la política de salud, cuyo propósito es singularizar a las personas, a fin de llevarlas hacia un proceso de control y disciplinamiento de los cuerpos para su regularización. Cumplir con esta apuesta requiere de diferentes convergencias tanto de actantes como de materialidades vinculadas desde la lógica biomédica, con una fuerte influencia en los campos sociales donde las personas hacen su vida. De este modo, surge una versión de la presión arterial como *dispositivo de poder* que trasciende el mero espacio de lo clínico, movilizandolas personas hacia el consumo de bienes y servicios del sistema sanitario, vinculando de manera contundente, prácticas para el mantenimiento de la salud a personas, cuidadores y las instituciones.

4.1.5 El escenario de la consulta médica

En la dinámica de la atención en salud, la consulta médica por presión arterial alta, constituye uno de los principales motivos de contacto con el sistema sanitario. Acercarme a los mundos de la lógica sanitarista, ahora con gafas de la antropología, plantea retos y tensiones que incitan a la continuidad de la exploración de los procesos asistenciales con miras a la proposición de debates sobre la manera como nos relacionamos como cuidadores de vida.

“Las filas en los servicios de salud son frecuentes en los hospitales de Popayán. Me acerco al cubículo donde facturan las consultas, constato que varias personas de las que se acercaron hoy les convoca alguna situación relacionada con la presión arterial. Citas de control, medicamentos, exámenes de laboratorio, remisiones, autorizaciones, son requerimientos para resolver necesidades demandantes del tratamiento. Me acerco al consultorio, veo a la médico con su uniforme azul y su bata blanca, me invita a seguir y a formar parte del consultorio que atenderá a personas con historias y vivencias de la presión arterial. Tomo asiento a un costado del escritorio, un poco hacia atrás para no interferir el contacto entre la médico y sus pacientes; no obstante, un computador, se posa en la trayectoria entre ellos dos, ¡este aparato toma relevancia!. Me dispongo a escuchar, en ese estrecho lugar, pequeñas historias hacen retumbar los paradigmas de la biomedicina; escenarios complejos de la cotidianeidad, hacen pensar que este tema, así como su abordaje, trasciende fronteras de lo establecido, de lo unívoco, de lo singular” (Diario de campo, 2020).

El sistema de salud dispone de médicos de manera exclusiva para la atención de personas con presión arterial alta. Al menos cinco de ellos prestan atención en el hospital de baja complejidad donde me adentré a interactuar con los actores que forman parte de la atención. En este escenario, la dinámica de las personas y el médico, denota un fuerte enfoque biomédico anclado en el riesgo y la medicalización. Discursos desde la gestión del riesgo, el autocuidado, el cumplimiento de compromisos, la privación de conductas y hábitos no adecuados a la vista de la biomedicina, se difunden para construir formas de adaptación de las dinámicas de vida para dar respuesta a las necesidades y lograr el mantenimiento del proceso de salud. La adherencia terapéutica ocupa un lugar preponderante en la dinámica asistencialista y es concebida como uno de los principales propósitos de los servicios.

A la consulta llegan personas de diferentes edades, unos más jóvenes, otros con mayor experiencia de vida. Unos más preocupados por el resultado de sus valoraciones que otros; otros parecen resignados; otros con dudas; aún en sus rostros se aprecia su inconformidad de haber llegado hasta ese espacio de paredes blancas a rendir cuentas de sus conductas para lograr *estar bien*. Los médicos por su parte, sostienen sus luchas con cada una de las personas que los visita mensualmente”.

[...] no todo mundo va a asumir los cambios en sus vidas, o sea, entienden, pero en el transcurso de los tratamientos, uno se da cuenta que hay gente que sabe y otra gente

que no... hay gente que uno nunca vuelve a ver, vuelven al año ... uno pregunta ¿qué pasó' y le dicen no, pues, es que yo me he sentido bien... entonces hay el concepto de que la enfermedad es igual a sentirse muy mal..." (SSA 030).

Lidiar con el cumplimiento de los requerimientos terapéuticos, toma en consideración los determinantes del contexto social, donde se desenvuelven las personas que pueden favorecer o, por el contrario, limitar la propuesta terapéutica brindada por los cuidadores de salud.

Las voces en el consultorio, dan cuenta que uno de los motivos por los cuales las personas no dan continuidad a las indicaciones biomédicas, está relacionado con la no percepción de la enfermedad, a través de signos y síntomas, es decir, una enfermedad silenciosa.

El comunicar la existencia de desviaciones de la presión alta, es interpretado de diferentes maneras, conforme con la situación de las personas. Una mujer de 25 años, con expectativa de tener hijos, tiene dificultades para asumir la nueva condición. El riesgo de enfermar o morir a causa del padecimiento, si llegase a gestar, es muy alto; así las cosas, esta nueva condición modifica su proyección de consolidar una familia. Una persona de 70 años al enterarse de su padecimiento, asume de manera diferente su condición, de hecho, podría ocurrir que no ajuste su modo de vida y las recomendaciones terapéuticas solo queden como recomendación; la familia (hijos y nietos), son quienes acompañan la adopción del tratamiento farmacológico e incitan los ajustes en su contexto familiar. Un hombre de 32 años, en plena edad de consolidación como profesional, asume el padecimiento como una barrera para el logro de sus propósitos, este tipo de personas, son quienes más frecuentemente abandonan los tratamientos.

El tensiómetro y el fonendoscopio son los instrumentos del médico utilizados para la medición de la presión arterial. Tomar la presión arterial es un hábito, una rutina, un deber ser. El paciente siempre está expectante a que le "tomen la presión" y, ese resultado (cifra), definirá la conducta del proceso terapéutico. Ese dato, además, indicará la puesta en práctica de las recomendaciones farmacológicas, al igual que el ajuste de los estilos de vida adoptados por la persona. La cifra corresponde a un insumo para el juzgamiento del actuar del paciente. El fonendoscopio, un símbolo de la medicina, como actante en el proceso de construcción de la presión arterial, es el instrumento que siempre debe acompañar al médico en la anamnesis de su paciente. La percepción de los pacientes en el uso del tensiómetro y el fonendoscopio, conjuntamente con el examen físico por parte del médico, es un indicador de una buena atención.

Detrás de cada persona existen temores, miedos, tristezas, ansiedad, originados por complicaciones del padecimiento, las buenas noticias de la medición de la presión arterial son un aliciente para continuar con las recomendaciones y, de alguna manera, tranquilizarse. De manera diferente, cuando no hay buena respuesta a la terapéutica, la concertación de acciones entre el médico y la persona llevan a reajustar formas de comportamiento, así como prácticas para el cuidado de la salud incluidas en el régimen terapéutico y la adopción de estilos de vida favorecedores. “Estar controlado” es una situación anhelada por las personas asistentes al escenario médico, este constructo dialógico se basa en parámetros de normalidad referidos bajo las cifras tensionales, resultados de laboratorios, electrocardiogramas y la adopción de hábitos “saludables”. “No estar controlado”, deja entrever que ciertas situaciones y comportamientos, no han resultado favorecedoras en el tratamiento y, por ende, es deber asumir las indicaciones para encajar sobre los parámetros de la normalidad. El temor a la discapacidad funcional producto de complicaciones de la presión arterial es frecuente en el discurso de las personas *“[...] que me tengan que dar comida, que me tengan que bañar, que me cambien un pañal, yo no quiero eso ...”* (SSA 017).

Aspectos técnicos de la presión arterial, se entrelazan con las emociones. Una mujer joven llora al percatarse que sus exámenes y el afinamiento han pasado las fronteras de lo normal, el médico le acaba de establecer un diagnóstico: ahora es “hipertensa”. Siente comprometida la relación con su pareja pues, esta nueva condición le limita a quedar embarazada. La tristeza y el llanto la invaden. La médico le ofrece alternativas de anticoncepción, aun así, tal propuesta en este momento no parece relevante, no es la causa de estar aquí. La médico queda con pocas opciones para ofrecerle alternativas a tal situación. Desde la biomedicina la conducta es *“no puedes embarazarte”*, desde el sentir de la mujer, la ciencia debe plantear alternativas, sin embargo, las posibilidades se agotan. En ese momento, entran en juego prácticas complementarias para acompañar a las personas, a través de la interacción con otros profesionales como psicólogos, trabajadores sociales y grupos de ayuda.

Determinantes como el nivel de escolaridad pueden afectar el tratamiento. No todas las personas cuentan con las mismas posibilidades de comprender regímenes terapéuticos. Algunos pacientes, no conocen el nombre de sus medicamentos, lo relacionan con su forma y tamaño o color *“... ahhh la redondita pequeña? ...”* y los sometimientos que demanda el sistema de salud para la consecución de los medicamentos, representan para ellos limitaciones en la continuidad de sus tratamientos. Esta situación se agrava cuando las personas presentan, por ejemplo: pérdida de memoria. El éxito del tratamiento se complejiza aún más en estas situaciones y se evidencia al momento del control, los pacientes están descompensados. La pérdida de la audición, aporta al no

entendimiento de las recomendaciones. Estos aspectos definen el proceso de adopción de tratamientos y desafortunadamente los médicos tienen limitaciones en poderlos ajustar “[...] eso es muy frustrante para mí, hacer todo desde acá pero no encontrar quien apoye a las personas en su día a día...” (SSA 032), relataba el médico Alex López.

Las recomendaciones desde el deber ser, sufren limitaciones para su adopción, la calidad, cantidad y tipo de alimentos sugeridos por los cuidadores de salud, no se asumen a causa de las condiciones económicas, ausencia de la familia, formas propias de preparación de los alimentos, entre otras. Ser el líder de un hogar exige estar pendiente de sus dinámicas y limitarse a su propio cuidado, sobre todo, si existen personas con necesidades de soporte emocional o funcional.

El uso del lenguaje técnico genera retos en el proceso de comunicación. Algunas personas comprenden de manera parcial la información del médico y la dimensión de lo que se está informando. Es necesario ajustarse a la manera en que las personas pueden comprender las dinámicas de su cuidado. El uso de metáforas por parte de los cuidadores de salud, fortalece el proceso de comunicación. No disponer de habilidades para la comunicación, reta el logro de los resultados del proceso de atención y la consiguiente resolución de las necesidades, al percatarse de una disminución en la adopción del control sobre la enfermedad (Reinhardt et al., 2015). El abordaje de los procesos comunicacionales, a través de un lenguaje sencillo, favorece la capacidad de comprensión de las personas (Jacobs et al., 2014). El lenguaje técnico define un discurso estructurado desde la biomedicina que le demuestra a los pacientes un lenguaje experto (Lolas, 1997).

La utilización de tal lenguaje, termina por invisibilizar a las personas que consultan para la resolución de sus necesidades, así mismo, el lenguaje biomédico, define un territorio técnico donde solo los cuidadores de salud entienden, situación que sustenta la legitimación profesional. Este discurso es incompatible con el de los pacientes y sus familias, creando ansiedad, sensaciones de inferioridad y la opción de disponer de su cuerpo en manos de los cuidadores de salud, quienes poseen el conocimiento. Paradójicamente, se está definiendo el proceso terapéutico de las personas frente a ellas, desvinculando a la propia persona. Esta situación se constituye en una relación de poder ejercida por el experto hacia el paciente, donde habitualmente las personas y sus padecimientos se resignan a asumir su situación.

Los procesos de comunicación se pueden ver alterados por dificultades en la manifestación del padecimiento al momento de realizar la consulta o procesos administrativos. Pacientes “*malos informantes*”, es el apelativo usado para designar a quien no da cuenta del avance de tratamiento o,

de gestiones transaccionales en el logro de las atenciones. El respaldo de la familia es un aspecto relevante para lograr la adherencia al tratamiento, propósito clave en el alcance del actuar biomédico “[...] *su abuelito no está adherido al tratamiento porque no cuenta realmente con ese apoyo familiar ... la familia si es importante para nosotros acá...está pendiente de reclamar todo lo que necesita el paciente ...*” (SSA C010).

En la formulación de los medicamentos, se debe explicar claramente las dosis a consumir “[...] *usted se tiene que tomar seis pastillas diarias, me repite a qué horas se las tiene que tomar? ... “es diferente decirle, “ tómesese una cada ocho horas ...*” (SSA 032), las interpretaciones pueden asumirse de manera diferente, en ese sentido, puede verse alterado el proceso terapéutico. El consumo de medicamentos de alguna manera se trastorna si se tiene fórmulas para la presión arterial y otro tipo de padecimientos. Relatan pacientes quienes consumen hasta 12 medicamentos al día para tratar diferentes padecimientos, esta cantidad de fármacos lleva a dificultades en la administración correcta de los medicamentos, así como olvidos o cansancio en el proceso terapéutico. “[...] *pop! hipertenso, más una enfermedad renal y, además, una artritis... medicamento para la gastritis y el estreñimiento y entonces, ¿qué estómago resiste eso?...*” (SSA 034).

La referencia de otros pacientes en relación con el tratamiento farmacológico de lo que le “sienta bien o no le sienta bien”, influencia la solicitud de ajustes en el consumo de medicamentos “[...] *doctora, lo que pasa es que yo he escuchado que el valsartán es mejor que este que tomo...*” (Diario de campo 2020). La suspensión de ciertos medicamentos se usa como experimento para lograr alcanzar el control de la presión arterial, los médicos pueden evidenciar el efecto por el mantenimiento de las cifras altas y lo constatan en los interrogatorios a través de incoherencias en el relato de la dinámica de la terapéutica.

La práctica de actividad física es un aspecto difícil de lograr en los pacientes, pocos referencian la práctica de ejercicio sistemático, las justificaciones de su limitada adopción, pasa por la edad avanzada, el trabajo, la televisión, la internet u otros aspectos que crean barreras en su práctica. El consumo de alcohol y tabaco en el interrogatorio, generalmente es negado. En algunas situaciones se manifiesta su uso de “consumo social”, ya sea en celebraciones o en reuniones con los amigos y familiares, donde se incita a su consumo, pero no se hace de manera sistemática. Alrededor de los discursos, se denotan situaciones difíciles de controlar, como el tema relacionado con la influencia de los amigos que consumen licor y fuman, ese “círculo social”, es determinante en el mantenimiento de estos hábitos, y lo peor, le dicen “... *tome, que eso no pasa nada...*”. Cuando el

hábito está arraigado, al alcohólico le es muy difícil eximirse de esa situación y se requiere la ayuda de otros profesionales y organizaciones que apoyen en su reto de abandonar el consumo.

La valoración del peso corporal y el perímetro abdominal, corresponden a un indicador que forma parte de la evaluación del riesgo cardiovascular. Indicaciones previas para el mantenimiento del peso en estándares establecidos, se recomiendan en cada control. Las personas antes de subir a la balanza para medir el peso, se tornan inquietas; les embarga una incertidumbre por el hecho de haber aumentado el número de kilogramos, este parámetro le puede develar al médico limitaciones en los regímenes de alimentación y la práctica de actividad física. “... *cuánto pesé doctora?, está bien ese peso?...*” La confirmación del peso lleva a una felicitación o recomendaciones adicionales en el curso de la consulta.

De las personas quienes visitan el consultorio, la mayoría sobrepasan los parámetros de normalidad del peso y “*[...] esta situación se ha vuelto común de hace algunos años hacia acá...*” como lo comenta la médico de la consulta. El perímetro abdominal corresponde a otra medida que puede ser poco favorecedor de la salud cardiovascular y su relación con los comportamientos alimenticios de las personas. Este parámetro se mide en cada consulta y, en virtud de su resultado, se realizan las recomendaciones pertinentes y lograr “medidas” en el marco de la normalidad. Para ayudar al acondicionamiento de los hábitos “*[...] lo primero que hago en la consulta es decirle que tenemos que cambiar el chip de la mentalidad de la nutrición, que lo que nosotros comemos, no está bien así, nuestras abuelas y mamás nos habían dicho que eso es lo correcto...*” (SSA 032).

El manejo del estrés es un tema implícito en las recomendaciones de la consulta médica, no obstante, la manera como se plantea su abordaje, no connota información detallada ni estrategias para su puesta en práctica. Manejar el estrés para las personas asistentes a la consulta no resulta fácil. Las múltiples vicisitudes de la vida, contemplan diversos retos, generando preocupaciones de origen económico, familiar, pérdidas, conflictos de pareja, soledad, entre otras, donde hacer frente a tales retos y sus desenlaces, desencadenan situaciones detonantes de situaciones estresantes.

La solicitud del restringido consumo de sal es reiterativo en cada consulta. Las personas parecen asumir a cabalidad la recomendación, sin embargo, algunos pacientes manifiestan dificultad en el uso y lo argumentan desde la falta de sabor de las comidas generadas por el adobo de este mineral. Así mismo, la recomendación del consumo de frutas y verduras, conjuntamente con la restricción en el consumo de grasas, se asumen de manera parcial, manifestando las dificultades para adecuar los hábitos alimenticios infundados culturalmente.

La valoración de los antecedentes personales en búsqueda de padecimientos previos y factores de riesgo biológicos, así como el consumo de alcohol y tabaco, forman parte del indagatorio obligado de la consulta. Las personas niegan inicialmente algunos hábitos como el consumo de alcohol en exceso, no obstante, sus acompañantes los delatan al confirmar la ingesta, anexando datos en términos de la frecuencia y temporalidad del consumo. El hallazgo de padecimientos concomitantes, pone en tensión el uso de algunos medicamentos y ajustes de las dinámicas cotidianas. Por otra parte, en el rastreo de antecedentes familiares relacionados con la presión arterial, se reconoce que la herencia genética contribuye de manera importante a la configuración del padecimiento, en ese sentido, las personas logran identificar eventos sufridos por familiares y consideran esta situación como condicionante de su salud en la actualidad.

Los médicos centran sus recomendaciones en lograr la adherencia al tratamiento, el cuidado de los órganos blanco o diana, afectados por el aumento sostenido de la presión arterial y el ajuste de los estilos de vida.

4.1.6 La centralidad de la adherencia terapéutica: un propósito del actuar biomédico

En los relatos de los cuidadores de salud, de manera consistente emerge la categoría adherencia⁹⁰, haciendo alusión como uno de los propósitos fundamentales del actuar biomédico; es concebida como uno de los aspectos principales del éxito en el tratamiento terapéutico (Wu et al., 2014; Bailey et al., 2012). En los servicios de salud en todos los niveles de atención, la baja adherencia⁹¹ es vista

⁹⁰ Sobre la base de la literatura, al conceptualizar la adherencia existe poco consenso. La adherencia definida como el “grado de coincidencia entre las orientaciones médico-sanitarias, no limitándose a las indicaciones terapéuticas, de tal forma que incluye asistencia a citas programadas, participación en programas de salud, búsqueda de cuidados y modificación del estilo de vida” (García, et al., 2000: 21). La OMS la define como el “grado en que el comportamiento de una persona: tomar los medicamentos, seguir un régimen alimentario y ejecutar cambios del modo de vida, se corresponden con las recomendaciones acordadas de un prestador de asistencia sanitaria” (OMS, 2004: 7).

⁹¹ Al hacer alusión a la adherencia terapéutica, se plantea como un fenómeno de múltiples complejidades, no reducido al cumplimiento de un esquema farmacológico, sino, que incorpora una red de prácticas y comportamientos de la cotidianidad, en consonancia con los acuerdos pactados en el proceso de la consulta médica y la relación médico-paciente. Debe estar acompañada de un compromiso continuo y activo de las personas para el control y resolución del padecimiento. En el contexto de la biomedicina, se ha considerado como un comportamiento y una actitud que, a través de diferentes prácticas que asumen las personas, logran cumplir o no con los requerimientos establecidos por los cuidadores. La responsabilidad del sujeto es preponderante en el proceso y el éxito terapéutico, en ese sentido, la adherencia asume el carácter de un deber ser, no obstante, desde una mirada amplia, la adherencia se debe pensar circunscrita en un proceso social, desligando su vinculación al enfoque biomédico, ampliándose hacia las dinámicas de la cotidianidad, donde se determina por un conjunto de prácticas socio culturales (Pierret, 2003).

Categorías como los estilos de vida a favor de la salud, son incorporados al logro de la adherencia y resultados terapéuticos favorables; de la misma manera, ajustar comportamientos para mitigar factores de riesgo que impidan los propósitos, se suman a la generación de habilidades para controlar actuaciones que puedan interferir con el tratamiento (Varela, et al., 2008).

como un problema para el cumplimiento de los logros biomédicos; en ese sentido, se establecen programas y estrategias encaminadas a la continuidad del proceso terapéutico a las personas catalogadas como hipertensas para mantenerlas adheridas a las disposiciones del sistema de salud.

“[...] a los pacientes se les hace un seguimiento para que se adhieran al tratamiento, uno con estas cosas lucha todos los días, no todos los pacientes son juiciosos y toca continuamente insistir para que cumplan a cabalidad con los tratamientos indicados... hay muchos pacientes que se pierden, sencillamente no vuelven y nosotros los identificamos y tratamos de buscarlos para que retomen el tratamiento, pero esta actividad es muy difícil, se invierte harto tiempo, imagínate: llamando, a veces los teléfonos no son, otros no contestan, que ya no viven allí... bueno... eso es complejo... la adherencia siempre está en riesgo y eso depende de varias cosas que desde el hospital no podemos controlar porque ya son cosas o situaciones de donde viven las personas y bueno... Nosotros atendemos a personas de diferentes lugares y no me imagino cuántas dificultades tendrán para llegar hasta acá ...” (SSA 036).

La baja adherencia es un fenómeno con tendencia al alza, sobre todo en personas con padecimientos crónicos, estimando que más de un 50% de las personas no cumple con su proceso terapéutico (Birmingham et al., 2011). La OMS ha estudiado la dinámica de la limitada adherencia (Sabaté, 2003) y relaciona como aspectos clave: el olvido de la medicación, ansiedad por efectos secundarios de los medicamentos, poca motivación, restricciones en el afrontamiento del padecimiento, poca credibilidad en el diagnóstico, limitada comprensión de las recomendaciones médicas, monitoreo discontinuo, inasistencia a controles médicos, frustración hacia los cuidadores de salud, miedo y estigmatización. Como consecuencias de la baja adherencia, se han descrito consecuencias como la disminución de la calidad de vida, aumento de los gastos tanto de la familia como del sistema sanitario (Belluck, 2017) y una inadecuada relación médico-paciente, caracterizada por un limitado proceso de comunicación y entrega de información errónea, restringiendo la cooperación mutua (Schmidt et al., 2006).

El no cumplimiento de las recomendaciones terapéuticas por parte de las personas, puede llevarlos a la estigmatización de parte de los cuidadores de salud y emprender un proceso de búsqueda y recapitulación de procesos asistenciales, para lograr el propósito de los tratamientos. Las personas se pueden ver abocadas en clasificaciones como adherentes o no adherentes; en buenos pacientes o malos pacientes, según su grado de alineación con las recomendaciones biomédicas; sin embargo, lograr cumplir a cabalidad con las diversas prácticas definidas en el

tratamiento, requiere de una serie de ajustes que involucra diferentes escenarios e insumos, tales como el consumo de fármacos en dosis y tiempos definidos, incorporación de estilos de vida saludables, contacto continuo con los servicios de salud, accesibilidad hospitalaria, control del estrés, aceptabilidad del tratamiento, no automedicación, nivel de conocimiento y creencias acerca de la enfermedad, expectativas sobre el éxito del tratamiento, entre otras (Martin, 2006).

El incumplimiento de las disposiciones biomédicas, así como la pérdida de la adherencia, conlleva a un deterioro de la relación médico-paciente y de los procesos de calidad de la atención (DiMatteo et al., 2002)⁹². Los pacientes pueden sentirse insatisfechos y frustrados por las discontinuidades en la asunción del tratamiento que, de alguna manera, pueden tergiversar los diagnósticos y llevar a tratamientos adicionales innecesarios. Silva et al., (2005), plantean la definición de cuatro aspectos determinantes en el proceso de la adherencia terapéutica: la consideración que tiene el tratamiento para la vida de la persona; la conciencia del riesgo de acuerdo con las consecuencias de la enfermedad; la credibilidad en la medicación y la aceptación de los cambios generados por el tratamiento. Estos aspectos están permeados de creencias, donde las concepciones de enfermedad y tratamiento están ligados a las experiencias y significados de la vida y el propio proceso de cuidado (Cohelo, 2013).

Si bien, buena parte de la responsabilidad para mantener la adherencia le es delegada al paciente, su voluntad de mantenerla, se ve afectada por situaciones externas como las dinámicas restrictivas en el acceso que caracterizan a los servicios de salud (baja adherencia no intencional) tal como lo señalan Marengo y Suarez-Almazor (2015). Cuando la decisión es voluntaria para no aceptar los requerimientos terapéuticos, se habla de una adherencia intencional, generada por la propia persona (Nunes et al., 2009), dada por la irrupción producida por convivir con un diagnóstico en la vida que, desestructura las dinámicas individuales y familiares conllevando a la reorganización y replanteamiento de su actuar cotidiano (Arrivillaga et al., 2007).

4.1.7 Los cuidadores de salud y la medicalización de la vida

Para Menéndez (2003), una sociedad medicalizada es una sociedad con una mayor percepción de malestar y dependencia. Illich (1975), planteaba que la medicalización⁹³ hace referencia al uso de la

⁹² La importancia del problema de la adherencia al tratamiento está dada por las repercusiones que tiene desde el punto de vista clínico, económico y psicosocial; además de su efecto en la calidad de la atención, la relación médico-paciente, entre otros (DiMatteo et al., 2002).

⁹³ El proceso de medicalización se inserta desde el poder que ejerce la biomedicina partiendo del saber del cuerpo y de la vida y la definición positivista de salud y enfermedad; lo normal y lo anormal; como intención para mantener y extender su dominio (Foucault, 1980). La medicalización ha aportado a la gestión de la vida para protegerla, volverla más eficiente,

medicina y sus discursos para aliviar los padecimientos, principalmente originados en lo social, dirigidos a mejorar la calidad de vida de las personas a través de prácticas y estrategias desde la prevención de la enfermedad, aumentando la oferta y demanda de productos sin que esta consideración tenga implicaciones en los procesos como se organiza la vida social. La medicalización tiene su origen en el momento cuando a una persona se le diagnostica una enfermedad sobre la cual se construirá significados que permitirán explicar científicamente la condición “anómala” de las personas (Illich, 1976).

El propósito del modelo médico hegemónico, va en línea con un ejercicio de medicalización de los escenarios donde se hace la vida. La vinculación de medicamentos en la cotidianidad de las personas, está constituido por una serie de procesos sociales y tecnológicos de grandes complejidades y dinámicas muy activas donde convergen diferentes actores, entre ellos, clínicos, comunitarios, institucionales, políticos, económicos, distribuidores, entre otros, enfocados en la industria farmacéutica (Williams, et al., 2011).

La vinculación del diagnóstico de presión arterial alta a las dinámicas de la vida cotidiana, determina condiciones en la forma en que se venían dando los procesos habituales del hogar. El diagnóstico se erige como la entidad clasificatoria de los procesos terapéuticos, quien determina pautas del tratamiento y da explicación de los padecimientos, como argumentador de la inserción de la tecnología farmacológica a la vida. Por otra parte, esclarece la situación mórbida de las personas afectadas y define un marco para la formación profesional, escenario donde se reproducirá el discurso asistencialista (Jutel, 2011a) y se dispondrá para hacer converger ideologías, producir conocimiento y alcanzar nuevos procesos de normalización; construir subjetividades respecto de las maneras de tratamiento medicalizado, configurando un nuevo orden social (Jutel, 2011b).

Por otra parte, el diagnóstico determina categorías como fuente de estadísticas; insumo para la construcción de protocolos; funge como predictor de riesgos; es la base para la planeación de políticas sanitarias; dato de investigaciones y la definición de estrategias de marketing de las farmacéuticas que impacta la cotidianidad. Ahora bien, la definición de los cuadros diagnósticos y la manera de estratificarse y nominarlos, son diversas y dependen de la historia y procesos culturales de los grupos sociales; definiéndose como lenguajes y categorías susceptibles de diferenciación entre otros grupos, a través de los cuales, se explican e interpretan. De este modo, el conocimiento

fortalecer la producción y aportar al cuerpo social, en ese sentido, la medicalización tiene un papel preponderante en la gestión de la sociedad. (Foucault, 1976b).

biomédico, no puede ser aplicable universalmente a grupos sociales y culturales diferentes pues, obedece a una parte de las significaciones y, por ende, debe autolimitarse (De Miguel 1980).

La mirada fármaco céntrica asumida desde los cuidadores de salud del sistema sanitario, llevan al modelamiento de dinámicas de la vida cotidiana, incorporando en este escenario, diferentes categorías de enfermedad. En este proceso convergen aspectos donde se vinculan varias dimensiones como la rutina del consumo diario de medicamentos, los efectos secundarios; el constante monitoreo de los efectos del medicamento sobre la presión arterial; el sistema de símbolos para reiterar su consumo⁹⁴; la gestión de los insumos y la legitimidad de establecer una enfermedad que requiere ser tratada con fármacos. Del mismo modo, la robustez de las farmacéuticas y sus prácticas medicalizadoras de la vida, a través del sistema sanitario y estrategias mediáticas y de marketing, no solo producen fármacos, sino construyen discursos y conocimientos originados de la lógica biomédica argumentando con fuerza que los medicamentos son asumidos como soluciones a las necesidades a fin de controlar y curar los padecimientos (Fishman, 2004).

Específicamente en la dinámica del cuidado de la salud en personas con presión arterial alta, la lógica del sistema de salud, permea la subjetividad de la cotidianidad de manera categórica. A través del régimen terapéutico instaurado, la incidencia de las lógicas neoliberales denota su hegemonía al transformar y regular las experiencias de la vida cotidiana permeadas, a través del discurso biomédico (Banzato y Zorzanelli, 2014), donde una red de entidades estatales y privadas, protocolos, artefactos, sistemas de información, procesos administrativos, estructuras cognitivas, son insertadas como regímenes farmacológicos (Williams, et al., 2011). Estas juegan dinámicas que entran en conflicto entre los actores del proceso que incluye discursos, dispositivos, prácticas, tecnologías y diferentes agentes.

Un rastreo de los procesos contractuales de las aseguradoras, distribuidores de medicamentos y hospitales, denotan una dinámica muy fuerte en relación con la adquisición, compra, distribución y entrega de grandes cantidades de medicamentos, insumos e instrumentos

⁹⁴ Greene y Sismodo (2015), han postulado que los fármacos se convirtieron en significantes sociales y culturales donde tales significados, no se controlan por parte de los cuidadores de salud que los recetan, ni tampoco por el Estado que define las dinámicas sanitarias de la prestación de servicios. De manera compleja, los significados que rodean la inserción de los medicamentos en la vida, obedecen a procesos de control sobre el cuerpo que, como señala Foucault (1991), se asumen desde el control, la represión y la estimulación, para favorecer el poder ejercido contra las personas, a través de los procesos de medicalización. El andamiaje gestado por la medicalización, lleva a la gestión de la vida. El control del cuerpo social, permea de manera contundente otros fenómenos no susceptibles de ser abordados por la biomedicina, como, por ejemplo, los ciclos de vida, la sexualidad, conductas y ciertas condiciones de la vida social (Forcades, 2012). Sin embargo, los discursos constituidos desde la medicina moderna inventan, construyen y dan forma a las personas, con la intención de lograr una mejor adaptación al contexto, donde confluyen intereses desde la competencia y la eficiencia.

para el control de la presión arterial. Buena parte del estandarte de fármacos lo llenan los antihipertensivos. Como primera causa de consulta y principal causa de morir en la ciudad de Popayán, está la presión arterial elevada y las complicaciones cardiovasculares, de este modo, atender las demandas de las personas a la luz de esta causa debe compaginar, por esta razón, las contrataciones y transacciones en torno a la atención del padecimiento se vuelven apetecidos por los actores del sistema.

La medicalización, ha llevado a modificar la conducta y el comportamiento de las personas quienes se encuentran embebidas en una urdimbre *“cada vez más densa y más amplia que cuanto más funciona, menos se escapa de la medicina”* (Foucault 1996: 82) como estrategia para la permanencia de una lógica economicista del cuerpo y la salud, dirigido a fomentar el consumo de productos fabricados por las farmacéuticas y servicios gestionados por médicos. La estrategia está dirigida a un grupo de demandantes (enfermos) para dinamizar los mercados. Ahora bien, si consideramos el contraste entre el nivel de consumo y el impacto en la salud de las personas, no encontramos resultados significativos que vayan de la mano uno con el otro y, precisamente, se debe al proceso *“multifacético y diversificado del mercado”* (Callon, 1998), donde cuerpo y salud son convertidos en mercancía, es decir, se suprimen las intersecciones entre la cosa y los objetos, se descontextualiza y fragmenta para desaferrar a las personas de vínculos sociales, políticos y culturales; y así lograr un disciplinamiento tanto del comportamiento como de las decisiones que toman las personas. A este fenómeno inversamente proporcional, Barsky (1988) hace alusión la paradoja de la salud, consistente en que mientras se alcanzan logros en macro indicadores de la salud, hay mayor utilización de servicios y se aprecia mayor insatisfacción en la salud percibida debido a las altas expectativas y bajas respuestas por parte de los sistemas de salud.

4.1.8 Además de un enfoque biomédico, una carga administrativa

El proceso administrativo de la consulta demanda una buena parte del tiempo del encuentro. El diligenciamiento de documentos, formatos en el computador y trámites para las órdenes de apoyo, limitan el abordaje de otros aspectos como lo emocional, la dinámica de vida, resolución de dudas acerca de la terapéutica, entre otros. Buena parte del tiempo de la atención, se centra en el contacto entre el médico y el computador. Este realmente funge como intermediario del contacto.

“[...] los famosos MIPRES que, aunque la plataforma le agiliza, pero eso significa más tiempo, malo, malo se gasta una hora. Las tecnologías son buenas, pero a la vez también limitan mucho las historias de crónicos, tiene uno mil cosas que llenar ... hay

que llenar cada cosa, además del examen físico de la enfermedad, cual las fórmulas y los paraclínicos, o sea 25 minutos se quedan cortos...” (SSA 033).

Las relaciones en la prestación de servicios de salud, llevan consigo procesos, procedimientos y dinámicas financieras entre las aseguradoras y los hospitales, a través del perfeccionamiento de contratos. Cada contrato tiene un número estimado de personas a atender, al igual que una lista de metas a lograr. Ese número de personas y las metas definidas, son motivo de tensiones entre aseguradoras y prestadores de servicio al conciliar el logro de las atenciones de acuerdo con los presupuestos asignados. De no lograr una atención a todas las personas, la aseguradora, a través de procesos de auditoría de cuentas, realiza descuentos en dinero a los hospitales por limitaciones en la captación de los pacientes potenciales de ser intervenidos. Esta situación genera diferencias entre los actores en salud involucrados, así como en los cuidadores de salud, que se ven abocados a establecer planes de mejoramiento para fortalecer la captación de personas con riesgos.

Una de las causas generadoras de tales deficiencias en términos administrativos, corresponde a la relación número de afiliados versus la cantidad de médicos para atender las demandas que, en la mayoría de los hospitales, se encuentra desequilibrada. Los seguimientos se hacen a través de indicadores de logros de la gestión hospitalaria y con estos datos se toman decisiones. “[...] *el programa es bastante complicado porque el número de usuarios es muy alto, entonces toca reorganizarte bien con el personal...*” (SSA C010).

La manera de atención de las personas en todos los niveles hospitalarios, requiere de la práctica de diversas acciones administrativas que puedan soportar técnicamente los servicios prestados. Una gran parte de los procedimientos administrativos, son asignados directamente a los pacientes y su familia quienes deben gestionarlos. El sector sanitario carece de sistemas de información que le permitan transitar a las personas con el padecimiento de manera estructurada y ordenada para la provisión de servicios. De hecho, varios pacientes desisten del proceso de atención debido a la múltiple gestión administrativa que se convierte en una carga que debe trazar procedimientos de salud a través de sistemas de facturación.

4.1.9 Prácticas en el proceso de atención de los hospitales de la mediana complejidad

La presión arterial suscita movimientos diversos entre las personas, sus familias y la red de prestación de servicios de salud del sistema sanitario de manera muy activa. Las personas atendidas en la baja complejidad y con requerimientos de abordajes especializados que no dispone este nivel

de atención, son remitidos a la mediana complejidad. Un actor principal de la biomedicina, adquiere centralidad en este escenario y corresponde a la labor del médico internista. Este cuidador de salud analiza de manera detallada y técnica, las condiciones anatómicas y fisiológicas de las personas, confirmando y reajustando diagnósticos, así como determinando maneras de proceder en el proceso de atención y cuidado de las personas. Desde su actuar, la realización de exámenes de laboratorio, pruebas diagnósticas, uso de medicamentos e interconsultas con otras especialidades, demarcan las prácticas en este nivel de atención, por supuesto, cargado de un proceso tecnológico más refinado, con una mayor inversión de recursos y procesos adicionales para el trámite y logro del acceso a los servicios.

En este nivel de atención, el “mantenimiento del riñón” como órgano que demarca el equilibrio fisiológico, adquiere una relevante importancia. El mantenimiento de un nivel de creatinina “adecuada” (0,74 a 1,35 miligramos/decilitro) marca la pauta para coordinar los procesos de atención de las personas con el padecimiento. La toma de la presión arterial, junto con este indicador fisiológico, jugarán un relevante papel en los procesos de monitoreo y evaluación en el mantenimiento de la salud, basados en estándares de normalidad. Se convierte de esta manera, en el propósito principal por parte del equipo médico y se definen, a través de una serie de actividades y procedimientos, las acciones que los pacientes recibirán de acuerdo con su nivel de afectación.

El logro de las consultas con el médico internista, se puede considerar como un “triumfo” por parte de las personas y sus familias, quienes realizan estas gestiones para ser valorados por esta especialidad biomédica. Con esto quiero indicar las dificultades que se suscitan en la transición del hospital de baja a la mediana complejidad, para alcanzar el concepto del médico especialista y determinar la forma de abordar, de una manera más específica, el tratamiento terapéutico que puede resolver las necesidades de los pacientes. Esta serie de prácticas, se puede ver interrumpida por la indisponibilidad de solicitudes de tipo administrativo como la pérdida de documentos, fórmulas médicas, autorizaciones por parte del asegurador, órdenes de prestación de servicios inadecuadamente diligenciadas, dificultad en la comprensión de los procesos administrativos por parte de las personas, falta de oferta de médicos especialistas en las instituciones, limitaciones en la contratación entre el asegurador y los hospitales, entre otros vacíos administrativos que, al fin y al cabo, terminarán por afectar a las personas que requieren y solicitan atención.

“Logro el acceso a la consulta externa de un hospital de mediana complejidad, pregunto al guarda de seguridad: ¿dónde está la fila para la atención por medicina interna?; con un gesto a través de su mano y un: - por allá - me señala al fondo a la izquierda. Camino

a través del pasillo, alcanzo a percibir una buena cantidad de personas de diferentes edades, una tras otra, con documentos en sus manos, esperando a facturar y ser atendidos por parte del médico internista. Logro conversar con algunas personas sobre la causa de estar aquel día allí, en efecto, la presión arterial les ha hecho convocar en este sitio. No todas las personas proceden de la ciudad de Popayán, varias llegan del Sur del Cauca, de municipios a tres y cuatro horas de distancia de este hospital. Una de las dificultades radica precisamente, en tomarse el tiempo y recursos para lograr llegar con suerte a la hora indicada, en el sitio indicado y el consultorio indicado para conversar con el galeno que las atenderá. Pasa el tiempo y la fila de personas se mueve lento, tres pasillos más adelante, en una sala de espera amplia, las personas logran sentarse esperando ser llamadas para lograr la consulta que tanto reto les ha costado” (Diario de campo 2021).

Buena parte de los relatos de las personas convocadas en este centro asistencial, coinciden en la dificultad y las vicisitudes por las que atravesaron para lograr estar allí, sentados, esperando a la atención del médico especialista. Buscar recursos económicos, dejar a su familia, tramitar órdenes, hacer llamadas telefónicas, firmar documentos, trasladarse de un hospital hacia otro, son lógicas donde muchas personas no comprenden por el cúmulo de simbologías que representa el sistema de salud. Lograr ser valorado por el médico internista, es considerado como “un triunfo”.

Posterior a la consulta en la cual se invierte entre 15 y 20 minutos, continúa existiendo una restricción para relatar todos y cada una de las manifestaciones generadas por los padecimientos, no solo sobre manifestaciones corporales, sino también aspectos emocionales que surgen por la presencia de la enfermedad, la que exige reajustar la cotidianidad de las personas a través de los diferentes procesos de medicalización de la vida; denotando cambios sustanciales a nivel individual y familiar. La revisión de los exámenes de laboratorio y otros procedimientos como el electrocardiograma, la ecografía y exámenes complementarios, corresponde a prácticas realizadas por el médico, comparando parámetros entre lo normal y las desviaciones fisiológicas, a través del protocolo de atención. Hay una marcada restricción en este espacio para mencionar otras dolencias por parte de las personas, debido a que esto “requiere de una nueva consulta”, esto es, de un nuevo sometimiento a largos tiempos de espera y procesos administrativos; inversión de recursos económicos y las exigencias de esta dinámica. De hecho, varias personas deciden no continuar con este proceso para evitar el sufrimiento generado por la gestión de estos procedimientos o, porque simplemente, lo consideran como un imposible.

De nuevo, la comunicación y la relación médico-paciente se siente fracturada por el uso de tecnicismos biomédicos difícilmente traducidos y comprensibles por parte de las personas. El espacio aséptico de paredes blancas, donde se sumerge una buena cantidad de personas añorando mejorar su proceso de salud, aporta poco al proceso comunicativo pues, las personas se consideran que han llegado a un escenario poco cálido y complejo de asumir. Vale la pena comentar que, en este espacio, los abordajes de procesos históricos, sociales y culturales son mucho más restringidos que en la baja complejidad. El discurso técnico subsume cualquier intento de manifestar situaciones relacionadas con estos tópicos determinantes del padecimiento, sobre todo, si se menciona desde un lenguaje anecdótico.

La valoración por medicina interna, determina una actualización de la condición de las personas y su padecimiento. De este encuentro, surgen reajustes al proceso terapéutico, así como la inclusión de medicamentos que quizá fueron actualizados e incorporados en el sistema de salud, sustentados en una mayor efectividad para el control de los efectos generados por el incremento de la presión arterial y sus complicaciones. El requerimiento de nuevos exámenes diagnósticos, se vuelve presente en la consulta, lo que significa, someterse a procesos de gestión, toma y recopilación de los resultados a fin de hacer una nueva entrega, en una consulta adicional de esta especialidad. De nuevo, para lograr acceder a estas tecnologías, la gestión se delega en las personas, donde se pueden dar irrupciones en la continuidad.

4.1.10 Prácticas en el proceso de atención de los hospitales de alta complejidad

4.1.10.1 La unidad de cuidados intensivos.

“Subo las escaleras que me llevan al segundo piso del hospital, las paredes blancas denotan la exigencia de la asepsia; los trabajadores de la salud van y vienen, conversan mientras se dirigen a un sitio donde se advierte “solo personal autorizado”; sobre sus pijamas de colores se posan batas azul celeste, gorros y tapabocas. De la misma manera, procedo a asumir las vestiduras que exige la unidad de cuidado intensivo. El primer contacto con este espacio, me muestra un escenario, tal vez contradictorio entre el silencio y el sufrimiento; entre la tranquilidad y la emergencia; entre la angustia y la sonrisa; entre la esperanza y la resignación. Hombres y mujeres yacen en camas especiales que se amoldan al cuerpo; al lado, máquinas que a través de cables y acueductos plásticos se conectan a la anatomía; pantallas de colores indican los signos vitales; sonidos continuos informan del equilibrio fisiológico. Un respirador artificial se

mueve de arriba abajo para apoyar el ejercicio pulmonar; la inmovilidad de los cuerpos muestra el sueño profundo generado por la acción de los narcóticos. Familiares posan al lado, se dibuja en su rostro la angustia, señales de cansancio impregnan su figura; enfermeros y médicos conversan, escriben en computadores, interaccionan con las máquinas, hablan con los familiares; mientras tanto, reflexiono sobre el camino trazado que deja un objeto denominado presión arterial” (Diario de campo, 2021).

La unidad de cuidado intensivo (UCI), es un escenario hospitalario donde se atienden contingencias complejas del proceso de salud de las personas. Está catalogado como un nivel de atención alto (III nivel) en la categorización de la red hospitalaria. Para dar soporte a la vida de las personas, un equipo especializado de profesionales y técnicos de la salud, apoyados en tecnología biomédica y procedimientos de alta complejidad, se ensamblan para proveer cuidado y frenar las adversidades a las cuales han sido sometidos los cuerpos. Si bien no todas las personas que llegan a este escenario lo hacen en nombre de complicaciones de la presión arterial, los profesionales manifiestan que una buena parte de los eventos atendidos, corresponde a complicaciones cardiovasculares por los efectos de la no adherencia a los tratamientos de la presión arterial alta, así como a la adopción de estilos de vida saludable

“[...] las enfermedades crónicas y especialmente las cardiovasculares, son las que más se representa en las unidades de cuidado intensivo ... infartos asociados a problemas cardiovasculares, hipertensivos, eventos neurológicos, infarto isquémico neurológico y todos esos problemas que se asocian a la hipertensión...” (SSA C020).

Los protocolos de atención utilizados en la unidad, hacen referencia a salvaguardar la vida. Están enfocados en mantener el funcionamiento de órganos vitales, afectados de manera constante por la elevación de la presión arterial “[...] *pacientes con accidentes cerebrovasculares son los que más complicaciones presentan, cuando sale de la crisis hipertensiva que está afectando un órgano diana, llámese cerebro, corazón, riñón hacen que el paciente requiera un cuidado...*” (SSA C020). En la unidad se acoge a las personas con eventos relacionados con el aumento de la presión arterial que, conforme con los profesionales de salud, terminan por abandonar los tratamientos o no continúan la adopción de estilos de vida favorecedores de la salud; en ese sentido, se producen las complicaciones que allí se tratan.

“[...] hay mucho por trabajar... las enfermedades cardiovasculares, específicamente los infartos asociados a hipertensión arterial ... a dislipidemias ... hay una asociación

importante... pacientes que ingresan hipertensos y probablemente no acuden a los primeros niveles para el cuidado de su hipertensión arterial..." (SSA C030).

Estar en la UCI implica retos para la persona que afronta el padecimiento, al igual que a los familiares y el equipo de salud. Hacer presión arterial en este escenario, requiere de la interacción con máquinas para monitorearla, usar medicamentos para controlarla, acceder al cuerpo a través de dispositivos para mantener la vida, identificar signos y sonidos con los cuales se activan alarmas y se toman decisiones, el trazo digital en monitores, da cuenta que la presión arterial se mantiene y en ese ondeaje de la gráfica, se corrobora el mantenimiento de la vida.

El ingreso de las personas a esta unidad, tiene un proceso administrativo y clínico previo donde ha sido valorado su condición fisiológica y, por la gravedad de la contingencia, se ha decidido internarse en este escenario. Las prácticas realizadas en el ingreso de la persona, involucran a todo un equipo: especialistas, médicos, enfermeros, terapeutas respiratorios, auxiliares de enfermería, servicios generales para el aseo y la asepsia; camilleros que coordinadamente reciben la persona y la disponen en una cama rotulada con un número que designa la ubicación del paciente. Las camas tienen una estructura hidráulica dotadas de tecnología donde se puede ajustar a la persona en diferentes posiciones, del mismo modo, cuenta con ruedas para facilitar la movilidad. Junto a la cama, se disponen una serie de dispositivos biomédicos como el monitor de signos vitales, electrocardiógrafo, bombas de infusión, carro de paro y el respirador. Cables, equipos de venoclisis, tubos, sondas y electrodos se compaginan entre el cuerpo y las máquinas a fin de dar soporte para mantener la vida.

A pesar de llevar años en la UCI, los cuidadores de salud temen a las posibles complicaciones dadas por el inadecuado manejo de las máquinas. Estas se traducirán en complicaciones para las personas. La introducción de equipos biomédicos a la unidad, cada día trae consigo actualizaciones y más tecnología a ser conocida y asumida por parte de los cuidadores

"[...] un elemento biomédico siempre genera nervios, miedo o algo debido a que es la vida de un paciente que está dependiendo... esa máquina es la que probablemente está soportando una de las funciones vitales en esa persona, entonces probablemente si tu no la sabes manejar o no tienes la experiencia del manejo ... puedes producir complicaciones en el paciente, complicaciones tan graves que lo pueden llevar a la muerte..." (SSA C020).

Se toman los signos vitales: presión arterial, frecuencia cardiaca y respiratoria, además de la temperatura. Se revisa rápidamente al paciente con una mirada superficial; el cuerpo yace sin ropa, con una manta que lo cobija; se lee el diagnóstico y se identifica a través de su nombre, edad y género. Su historia clínica retrata las condiciones previas al ingreso, son leídas en voz alta. Los enfermeros acondicionan el lugar; ajustan las máquinas; evidencian que estén “reseteadas”, mientras que los médicos alistan una cánula y un tubo para disponerlo en la vía aérea del paciente. Otro enfermero brinda soporte ventilatorio a través de un ambú. Un dispositivo en forma de balón de fútbol americano de material plástico, el cual se expande automáticamente mientras le ingresa oxígeno al cuerpo. Se procede a conectar los electrodos al cuerpo del paciente, y las alarmas del monitor inician sus señales.

El acceso venoso se da a través de un yelco; una aguja con un mandril que permitirá atravesar la pared vascular y conectar un equipo de venoclisis a fin de facilitar la aplicación de medicamentos y líquidos endovenosos para lograr los propósitos terapéuticos. Los médicos definen la dosis y el tipo de medicamentos, entre ellos, los sedantes y relajantes musculares, que mantendrán inmóvil al paciente y proceder a la intubación para dar soporte ventilatorio.

La intubación es una práctica compleja, es realizada por un médico con experiencia, apoyado por el equipo de salud. Es necesaria para lograr conectar una vía al respirador que dotará de aire a la persona mientras permanezca sedada, incapaz de respirar por sí sola. Una vez conectado el cuerpo a las máquinas, el ventilador se activa para conectarse con la vía aérea y, a través del tubo orotraqueal, recibir la cantidad de oxígeno requerida. Las pantallas dibujan las constantes vitales entre ellas la presión arterial. Continuamente se monitorea; una desviación puede indicar alteraciones agudas susceptibles de ser ajustadas. La presión arterial se convierte en líneas dispuestas en gráficas dibujadas en monitores de colores; así como en señales auditivas (alarmas) que indican su desviación. Su mantenimiento y estabilización, quedan a merced del equipo de salud, el cuerpo no la puede regular por sí solo, requiere de prácticas externas para estabilizar, a través de medicamentos, procedimientos invasivos y el soporte de oxígeno del respirador.

Las señales visuales y auditivas juegan un papel importante en la UCI, de hecho, los cuidadores de salud están familiarizados con los “pitos” y saben a qué corresponde en el caso de evidenciar desestabilización del paciente, o, algo no vaya del todo bien con el funcionamiento de la máquina y las conexiones con los cuerpos de los pacientes

“[...] todos los monitores generan unas alarmas que indican cómo va el paciente ... en monitoria hemodinámica se ven ondas... una persona que está hipertensa o en crisis

hipertensiva... se colocan alarmas sonoras porque está bajo unos medicamentos... para que te indique si la presión está por encima de ésta, entonces suena ... uno escucha una alarma y uno dice esa alarma es de tal cosa, se vuelve tan habitual que uno reconoce ya esas alarmas específicamente y sabe que fue que pasó..." (SSA C022).

La comunicación con los pacientes que están conscientes con algún tipo de limitación en la conversación, se torna compleja. Se debe hacer un esfuerzo a fin de conocer sus necesidades y satisfacerlas en la medida en que la UCI cuente con procesos de apoyo y en armonía con las indicaciones del equipo de salud. La gestualidad asume un papel relevante en este proceso, el movimiento de los ojos, la boca, los músculos de la cara, el movimiento de las manos y brazos, la posición del cuerpo, se asumen como símbolos para construir la comunicación. El cuidador debe lograr interpretar esta serie de señales "*[...] yo le hablo y no sé si me entendió o no me entendió, de pronto me mueve los ojos, de pronto si puede mover alguna extremidad, o las fascias de la cara, probablemente uno a veces no lo comprende bien...*" (SSA C022).

La familia como soporte de las personas en la UCI, se enfrenta a dificultades que debe sortear para avanzar en la recuperación de su ser querido. Las actividades administrativas ocupan buena parte del tiempo; autorizaciones, búsqueda de insumos básicos para la manutención, horarios de visita, diligencias con las aseguradoras a fin de buscar órdenes de apoyo, entre otros, logran ocupar buena parte del tiempo a los familiares, quienes apoyan la atención. A estos requerimientos propios del sistema, se le suman la angustia generada por la situación compleja por la que pasa el familiar internado y, lidiar con las expectativas de recuperación. Esas angustias doblegan a los familiares y, por supuesto, a la persona comprometida que lucha por entregar todo y aceptar los requerimientos de la UCI para obtener una buena noticia en torno a su recuperación. Al encontrarse con esta realidad, los familiares deben enfrentarse a otro tipo de situaciones tensionantes, una de las más complejas corresponde a ver a su familiar acompañado de máquinas, cables, monitores, tubos y sonidos que soportan sus funciones vitales

"[...] cuando el familiar ingresa y observa todos estos dispositivos invasivos que tiene el paciente entonces creo que para el familiar es bastante impactante y uno a veces olvida esa parte de preparar al familiar para que vea el paciente ... el familiar queda totalmente impactado..." (SSA C023).

La relación cuidador – paciente en el escenario de la UCI, tiene algunas restricciones desde el punto de vista de la asistencia directa, si bien este escenario de atención es de continua interacción con el equipo de salud. Pacientes y máquinas; la cantidad de personas a atender; puede limitar el

contacto estrecho con él y con su familia. La dinámica económico-financiera desde la prestación de los servicios de salud, sigue determinando en este escenario, prácticas de cuidado directo y acompañamiento a la familia

“[...] uno dice, ve a estos manes no les interesa el paciente, les interesa más la parte lucrativa y lo digo así abiertamente porque ese es mi sentir en muchas partes de atención ... desde mi experiencia, arrancamos con tres o cuatro pacientes y ahora terminamos con 10 pacientes críticos... entonces yo priorizo cual está más crítico...”;
 “[...] entre más pacientes atiende en la UCI, más rentable es para la IPS, será que es mejor que se enferme y a la UCI le genere más ingresos?... o la prevención?... ¿al sistema de salud realmente que le interesa?...” (SSA C022).

Otro momento controversial, corresponde al anuncio de la salida de la persona de la UCI. Los familiares se preguntan, ¿cómo van a cuidar de su familiar si viene acompañado de dispositivos insertados en su cuerpo?; inmóvil; con limitaciones de sus funciones vitales; etc, parece ser que no cuentan con los espacios para acoger a su familiar y la condición en la que egresa del servicio; indagan sobre el proceso de alimentación; asistencia en actividades de aseo; movilización; el mantenimiento de las injurias que ha sufrido su cuerpo; entre otras.

“[...] cuando uno les dice a los familiares, el paciente ya se va para la casa ellos quedan totalmente sorprendidos...” nos miran yo que hago, y en muchas ocasiones ha pasado que, uno les dice el paciente tiene trámites de salida y el familiar no regresa, me pregunto por qué el familiar no vuelve... realmente los cuidadores no tienen esa competencia para el cuidado en el hogar...” (SSA C023).

El contacto con las personas una vez sale del servicio de la UCI pierde continuidad. El paciente y la familia deben asumir los cuidados en casa, esta situación desata preocupación e impotencia en sus seres queridos al no contar con insumos para mantener al enfermo en óptimas condiciones. Solo si la condición del paciente es muy compleja, se le proveerá cuidado especializado en el domicilio, opción mediada por autorizaciones por parte de la aseguradora “[...] *hay una pérdida en la continuidad del cuidado en el hogar y esto hace que el paciente quede en riesgo, nosotros no tenemos un contacto con la persona o con el familiar, los volvemos a ver cuándo ingresan de nuevo a la unidad...*” (SSA C023).

Las dinámicas biomédicas limitan en buena medida la interacción de las personas con sus propias prácticas de cuidado, la restricción en los horarios de visita y el número de personas (una) que pueden acceder, coarta la posibilidad de aplicar ciertas prácticas en este escenario

“[...] ha pasado que llega un paciente a UCI digamos por una crisis hipertensiva, el familiar llega y me dice si es posible que yo traiga mi médico tradicional para que lo mire... uno le dice no, solo pueden ingresar familiares, esa parte si toca como reevaluarla, porque uno no permite eso ...”; “[...] a veces piden rezar, piden un espacio para estar con el paciente, o con la persona para hacer una oración y a veces por el modelo y el tiempo es bastante limitado...” (SSA C021).

Las personas que viven en contextos donde las desigualdades sociales son más profundas, deben resolver situaciones adicionales como desplazarse de otros municipios, mantenerse en la ciudad junto con un familiar o acompañante, invertir en alimentación, hotel y transporte. Varias personas, al verse en este contexto agresivo, agobiados por la situación, deciden dejar a su familiar en la unidad. Esta práctica pone en serios retos al equipo de salud.

En este campo de información se promulga una versión de la presión arterial diferente a las ya descritas, corresponde a una versión con unas características que denotan menos enrolamientos de materialidades, sin embargo, en esta práctica clínica, las interacciones dadas por diferentes entidades, promulgan una versión alusiva a una delgada línea que dibuja dos escenarios: la vida y la muerte. Las señales auditivas de los monitores de signos vitales y el mapa trazado por la línea que capta los niveles de presión arterial, muestran la presencia de funciones fisiológicas y anatómicas mantenidas en el recipiente anatomo-fisiológico. El comportamiento de esa línea trazada constantemente por cada latido del corazón, llama la atención de los familiares, de los cuidadores de salud y de la propia persona si su estado es de conciencia. Si el comportamiento de la línea es estable, los sonidos se mantienen a un ritmo y frecuencia constante, tranquila, secuencial; anunciando que esa constante vital está controlada. Sí, por el contrario, el ritmo está alterado, los sonidos cambian, se anuncian trazos de anormalidad y es la señal que la homeostasis fisiológica se ha alterado. Un sonido continuo y una línea recta sobre el mapa del monitor, da señas que el final de la vida ha llegado. La presión arterial como una línea que dibuja la vida cae, denotando “ceros” sobre los rangos de medición de los milímetros de mercurio.

4.1.10.2 Las unidades de nefrología.

Las atribuciones de resultados desfavorables en la salud de las personas a causa de la presión arterial alta, se manifiestan específicamente en la unidad de nefrología. Este espacio es más tranquilo en términos de la asistencia del equipo de salud para proveer cuidado a las personas. Si bien pueden llegar personas con daños renales por diferentes causas, el principal motivo de estas complicaciones, hace referencia a la presión arterial alta. Los cuidadores de salud insertados en este campo de información, coinciden en que la enfermedad renal es producto de inadecuadas prácticas de cuidado individual, relacionadas con la no adopción de estilos de vida favorecedores; descuido de su enfermedad por la limitada adherencia a los tratamientos ofrecidos y la falta de creencia en la enfermedad, de por sí asintomática.

Las personas consideran muy fuerte enfrentarse con una realidad donde las limitaciones en el cuidado individual generan complicaciones corporales, aún sin manifestar síntomas. La diálisis como procedimiento para eliminar los desechos tóxicos del organismo, a falta del funcionamiento del riñón, es un término que genera diferentes percepciones en las personas, entre ellos, miedo, desestabilización y ansiedad, al relacionarse con una enfermedad complicada que puede llevar a un desenlace fatal

“[...] al inicio es un choque bastante fuerte... piensan que se van a morir, que hasta allí les llegó su vida, como es una enfermedad crónica renal terminal, ellos por el hecho de nombrarles terminal piensan que es como el estilo de un cáncer que no pueden hacer nada, que no pueden volver a trabajar, que no pueden ni pararse de la cama...” (SSA C025).

Los pacientes acuden tres veces por semana, durante cuatro horas para retirar su sangre y, a través de la máquina dialítica, filtrar y eliminar las toxinas producto del metabolismo. Esta práctica se realiza de manera continua, ininterrumpidamente y en aplicación de varias restricciones en las dinámicas de vida de las personas, entre las que se incluye, la restricción del consumo de líquidos, una dieta limitada en cantidad y el consumo de fármacos. La interacción máquinas–humano, se da continuamente, mientras que la presión arterial, se monitorea para mantenerla estable.

El apoyo del equipo de salud adquiere una gran relevancia en el seguimiento y acompañamiento de las personas

“[...] uno termina siendo en algunos casos su paño de lágrimas porque es muy duro para ellos llegar a una diálisis sabiendo que pudo haberse cuidado, muchos de ellos no lo

saben, por ejemplo, llegan pacientes y no saben que son hipertensos, que tiene enfermedades y ya llegan con urgencias dialíticas, allí he visto de todos los casos, desde su inicio hasta su fin...” (SSA C025).

La situación de salud de las personas asistentes a este servicio, está condicionada por diferentes variables del proceso social. El rol de la familia es una categoría esencial para el ingreso y mantenimiento a la diálisis, considerado como una práctica a realizar durante toda la vida, excepto, si existe la posibilidad de realizar un trasplante renal. Las condiciones socio económicas y culturales de las personas, son determinantes en la adopción del tratamiento

“[...] muchas personas no tienen red de apoyo familiar, les toca enfrentar esa enfermedad solos, venir desde sus casas y quedarse acá un tiempo mientras se hace la diálisis... algunos ya se cansan y desisten de las terapias y se van a sus tierras lejanas, otros pacientes van a sus controles periódicos...” (SSA C025).

La noticia acerca de la necesidad de la realización de la diálisis, genera en las personas sensaciones de desesperanza y dificultades para aceptar la nueva realidad; hay una negación que puede terminar en el desistimiento del tratamiento; sin embargo, algunas personas retornan para iniciar con el procedimiento al ir incorporando su nueva condición de salud

“[...] en esta fase de negación que no lo creen, muchas veces a pesar de que el nefrólogo les explica muy bien los pasos a seguir, se les hace firmar un consentimiento donde se les informa y explica todo, pero hay personas que no aceptan y firman el desistimiento por que el impacto de saber que ya me van hacer diálisis sin siquiera saber qué es presión arterial, muchos desisten... otros después toman la decisión de que si van hacer el tratamiento...” (SSA C025).

Para la provisión de cuidado de las personas, se cuenta con un equipo de salud conformado por médicos especialistas –nefrólogos e internistas-, enfermeros, nutricionistas, psicólogos y auxiliares de enfermería. La valoración por parte de este equipo permite conocer el estado de las personas y tomar decisiones en relación con su continuidad. El uso de las máquinas, es un proceso crucial en este escenario y se convierte en una dinámica continua al interactuar con cada persona *“[...] las máquinas todos los días tienes que alistarlas, prepararlas de la mejor forma posible... realmente es como la mano derecha porque sabes que los vas a utilizar siempre y de eso depende la efectividad de la terapia...”* (SSA C025).

Durante el procedimiento se monitorea la presión arterial, datos ofrecidos por la máquina dializadora, reportan su aumento o disminución y corresponden a un parámetro para ajustar los insumos médicos y evitar la coagulación de la sangre. Las terapias requieren de total concentración para materializar el propósito de la terapia dialítica. En el uso de las máquinas, son varias las señales que indican desviaciones en el procedimiento y, tanto los cuidadores, como las personas, reconocen cuando ocurre alguna situación adversa, pues, hay en el entorno, ciertas señales indicadoras de la necesidad de llevar a cabo ajustes para el éxito de la práctica “[...] son alarmas auditivas, visuales, con horas, son muy seguras y así nos avisan que está pasando durante la terapia...” (SSA C025).

Conectarse a la máquina adquiere varios significados en las personas, entre ellos, una esperanza de vida, otra oportunidad, luchar a fin de permanecer junto a la familia “[...] conectarse a la máquina es su esperanza de vida esas cuatro horas que va a estar ahí remover todo lo que sea tóxico para que salgan y puedan estar bien...”; “... si esto no existiera, la expectativa de vida sería muy corta, gracias a esto se han alargado la vida por muchos años... hasta por veinte años de lo que he conocido, si ayuda mucho...” (SSA C025).

4.2 Construcción de la presión arterial en el campo de información del sistema sanitario

El abordaje de las enfermedades no transmisibles se asume como un proceso que convoca diferentes intereses de tipo social, cultural, político y económico, pues son eventos mórbidos determinantes y ocupan los primeros lugares en la generación del deterioro de la salud de las personas, tanto en su calidad de vida, así como en los procesos económicos de las sociedades, generando una saturación de los sistemas sanitarios y con ello, la retante construcción y puesta en práctica de acciones desde los modelos de salud para dar respuesta a estas necesidades (Zullig, 2015).

4.2.1 Prácticas en el caminar desde el sistema de salud

Las vicisitudes con las que deben lidiar las personas para acceder a los servicios de salud y lograr los propósitos terapéuticos son sistemáticas, es decir, los actores⁹⁵ del sistema de salud imponen reglas administrativas a ser resueltas por parte de las propias personas a fin de lograr su atención. Todos

⁹⁵ Al mencionar a los actores del sistema de salud, hago referencia a los hospitales, aseguradoras (EPS), secretarías de salud municipales, secretaría de salud departamental que se disponen en los municipios para ejercer su actuar ya sea desde la prestación de los servicios, así como la gestión de las acciones en salud.

los pacientes sin excepción, deben solicitar a través de diferentes medios los procedimientos que requieran. Consultas, exámenes de laboratorio, ecografías, cirugías, entrega de medicamentos, valoraciones por especialistas, entre otros, requieren de documentación previa para ser aprobados y entregados. Siempre debe mediar una autorización generada por parte de la aseguradora y el hospital, a fin de acceder a los servicios. Ahora bien, si se cumple con los requisitos definidos por estos actores en salud, se atienden a las personas, de lo contrario, se suspende la prestación de servicios, quedando a expensas de una nueva solicitud requiriendo nuevamente del complejo proceso administrativo.

“Llama la atención una larga fila de personas en una aseguradora, me acerco y pregunto el motivo de tal aglomeración. Un hombre sentado al lado de un muro que por su aspecto denota varios años de edad, me responde: “aquí se piden órdenes de apoyo para nosotros los hipertensos”... me siento a su lado para indagarle específicamente qué necesita ... parece que no está de buen humor, aun así, me comparte que en los últimos días no se había sentido bien, su presión se subió, ahora buscaba que le hicieran un examen, un ecocardiograma y que estaba allí porque no tenía quien le apoyara en las diligencias que exige la aseguradora, su cansancio y malestar era evidente, llevaba dos horas esperando a llegar al cubículo de atención” (Diario de campo, 2021).

Solicitar atenciones al sistema de salud pasa por varias prácticas. En la atención inicial por medicina general, se solicita una cita a través de vía telefónica, por una aplicación web o de manera presencial. No todas las personas que requieren el servicio tienen la posibilidad de utilizar estas alternativas de las tecnologías de la información y la comunicación. El medio de mayor uso es la vía telefónica, sin embargo, su efectividad está limitada por varios aspectos, entre ellos, tener un plan de telefonía o en su defecto “comprar minutos” para solicitar las citas. La duración de la llamada es de alrededor de 30 minutos, representando para muchas personas un alto costo en la solicitud de la cita. Si existe alguna falla en el conmutador del hospital o, se cae la llamada (ocurre con frecuencia), se debe intentar nuevamente. Varias personas desisten de este medio por su baja efectividad. En los largos tiempos de espera en responder al teléfono, Mireya lo relata de la siguiente manera

“[...] pues si he tenido dificultades, hace como tres meses estoy en controles ... eso es un problema porque uno radica en la casa rosada para los exámenes y le dan un número largote; uno llama y eso nadie contesta y, los exámenes que apenas estoy sacando, me los mandaron hace un mes, la verdad eso hace que uno se olvide...”.

Si solicita las citas por internet, debe contar con este servicio en casa y conectarse a través de un teléfono móvil o de un computador personal, además, conocer el manejo de navegadores de internet y “aplicaciones web” y el uso de teléfonos inteligentes o “redes sociales” como Facebook, WhatsApp e Instagram, sin embargo, no todas las personas, pueden acceder a esta tecnología “[...] tengo que sacar las órdenes de apoyo y ahorita no sé dónde sacarlas, porque yo eso del celular no entiendo nada, que métase por celular, que no sé qué, y yo no entiendo, ahí tengo los papeles que me mandó la doctora y exámenes pendientes para sin saber para cuándo me darán los papeles para poder recoger las cosas ...” (SSA 190). Marisela, Alcidas, Ludgerio y Consuelo manifestaban situaciones relacionadas con las limitaciones del uso de la tecnología; Marisela mencionaba “[...] lo mandan a tener una cuenta de Facebook en el celular y mi celular es sencillo...” (SSA 60).

Buena parte de las personas con el padecimiento, son adultos mayores de 60 años, no obstante, no tuvieron contacto con los instrumentos tecnológicos manejados en la actualidad, convirtiéndose en un reto el acceso a la solicitud de citas por este medio. La otra alternativa es asistir al hospital para solicitar directamente la cita; el uso de esta modalidad, requiere inversión de tiempo, pago de transporte y trámites de varios documentos. Entre la asignación de una cita y la atención por parte del cuidador de salud puede darse en un plazo de hasta 20 días, dependiendo de la capacidad resolutoria del hospital. Esto es, la disponibilidad para la atención de eventos relacionados con la presión arterial alta, requiere días de espera y están mediados por la disponibilidad de cuidadores de la salud y procesos administrativos.

Una vez se logra la atención por parte del galeno, las personas deben iniciar otro proceso de solicitud de autorizaciones para la entrega de sus insumos farmacéuticos. Es decir, un proceso adicional que requiere de desplazamientos para obtener la autorización de entrega de los medicamentos. La farmacia debe validar la información y si está acorde con las prescripciones, el número de identificación y el consecutivo (código); hace entrega del insumo. De no coincidir esta información, la entrega no se hace efectiva y nuevamente se debe asumir un proceso adicional para corregir lo defectuoso, asignando reprocesos y nuevos itinerarios a las personas. Procesos adicionales pasan por autorizar ante la aseguradora los exámenes de laboratorio y otros paraclínicos como ecografías, ecocardiogramas, gammagrafías, electrocardiogramas, entre otros. Cada uno de estos requieren ser autorizados y solicitarse en diferentes hospitales, de acuerdo con los niveles de complejidad, de hecho, algunos de estos exámenes no están disponibles en la ciudad y es necesario remitirse a otras ciudades para su realización (Cali, Valle del Cauca).

El contacto con el laboratorio se da al menos cada tres meses para identificar posibles desviaciones de los parámetros fisiológicos. Las personas deben estar atentas a la vigencia de la orden de apoyo, pues, se determinan plazos en días e incluso meses para ser válida la realización del examen. El contacto con el laboratorio clínico requiere de la comprensión de las indicaciones de la toma de exámenes entre ellas el ayuno, la recolección de la orina en contenedores, el reposo y una buena disposición para soportar la punción con agujas. Generalmente los reportes de estos exámenes se ubican automáticamente en la historia clínica de las personas, sin embargo, se pueden solicitar para su custodia por parte del paciente. La serie de datos dispuestos en los resultados de laboratorio obnubilan a las personas, su comprensión se dificulta y las posibles desviaciones de su estado de salud, inquieta. Se solicita a los hijos o profesionales y técnicos de salud interpretar los hallazgos, antes de solicitar el encuentro con el médico tratante.

En el ejercicio etnográfico fue muy frecuente la solicitud de la lectura de los exámenes de laboratorio, las personas las conservan en lugares donde coleccionan documentos entre los que se acumulan recetas médicas, autorizaciones, órdenes de apoyo, resultados de exámenes previos y los laboratorios. Parece ser que la información contenida en estos reportes, es considerada como los indicadores del avance o mantenimiento del padecimiento y hasta el resultado del comportamiento individual en el proceso de asumir las recomendaciones biomédicas. De encontrarse alguna desviación de los resultados, se generan alertas para fortalecer las prácticas terapéuticas o el ajuste de las dosis o tipos de medicamentos.

La realización de exámenes complementarios utilizando diferentes tecnologías, generan incertidumbre; por una parte, debido a que si todo marcha bien no habría la necesidad de realizar estudios de mayor complejidad. De llegar a identificar alteraciones anatómicas o fisiológicas, el curso de la enfermedad podría tomar otro rumbo que requiere otras apropiaciones en el proceso de gestión de lucha contra el padecimiento. La práctica de estos exámenes, está condicionada a las autorizaciones de la aseguradora, a la disponibilidad del servicio por parte de los hospitales, al pago en dinero de cuotas parciales por parte de las personas y al cumplimiento de recomendaciones que brinda el hospital para alcanzar resultados consistentes en el examen.

Una vez se cuenta con los resultados de los exámenes, se debe solicitar entrevista con el médico para su interpretación. Este encuentro genera varias expectativas, pues, se verá un adecuado mantenimiento del padecimiento, o, por el contrario, un retroceso en su salud, situación con la que el médico debe tomar decisiones, desde recomendaciones específicas en el estilo de vida,

la indicación de nuevos medicamentos, aumento o disminución de dosis, valoración con profesionales especializados y la realización de exámenes de alta tecnología.

La valoración de las personas con presión alta, no compete solamente al médico general. Los “programas de hipertensión arterial” de los hospitales, cuentan con diversos servicios para apoyar el manejo de las personas, entre ellos, especialistas, nutricionistas, psicólogos, trabajadores sociales quienes complementan la terapéutica. Toda persona diagnosticada debe ser valorada por medicina interna, este profesional de la salud, indaga sobre aspectos a mayor profundidad de las dinámicas fisiológicas y los riesgos que en un determinado momento pueden caracterizar a los pacientes proyectando prácticas para que, en la medida del tiempo, las personas puedan intervenir sobre su salud y se permitan reconocer ciertos signos y síntomas susceptibles de intervención. El cardiólogo es otro profesional encargado de valorar funcional y anatómicamente el corazón. Una valoración acompañada de exámenes paraclínicos puede identificar tempranamente riesgos susceptibles de intervenir y ajuste de modos de vida a fin de fortalecer la salud cardiovascular.

Los profesionales de la medicina son acompañados por nutricionistas quienes identifican las dinámicas y pautas alimentarias de las personas. Las mediciones del peso y la talla, así como la indagación de las maneras de combinar los alimentos, la cantidad, calidad, los horarios y formas de preparación, se convierten en elementos para construir perfiles en las maneras de alimentarse. En la consulta por nutricionista, se aprecia el limitado abordaje del contexto social y económico de las personas dado que los regímenes de alimentación están predefinidos de conformidad con parámetros fisiológicos y minutas alimenticias según cantidad calórica y grupos de alimentos, no desde las dinámicas cotidianas de las personas quienes hacen su vida en contextos de desigualdad.

4.2.2 Dinámicas del sistema de salud

Las dinámicas descritas previamente, obedecen a la materialización de procesos en el sistema biomédico, el cual corresponde a una forma de entender y solucionar los daños generados en la salud de las personas; esta dimensión se ha construido desde el pensamiento de occidente y, que Menéndez (2003), ha definido como Modelo Médico Hegemónico. Se caracteriza por su posición de preeminencia y exclusividad sobre otras maneras de abordaje de los padecimientos, en el propósito de lograr la curación y el proceso de atención. Este modelo excluye desde el ámbito ideológico a otras formas de atención, a las prácticas, saberes e ideologías, así mismo, lo hace desde el ámbito jurídico, erigiéndose como “la única forma correcta de diagnosticar, explicar, entender y solucionar los problemas de la enfermedad, legitimado desde criterios tanto científicos como políticos”

(Menéndez 2003: 46). El modelo está enfocado a un abordaje biologicista⁹⁶ desde la corriente conocida como el determinismo biológico, quien plantea comprender a la vida, a la enfermedad y a la muerte, como un resultado de causas exclusivamente biológicas, aunque, en algún momento, pueda abrir la puerta al papel de las contingencias del mundo social, la pobreza, los hábitos dietéticos, las desigualdades sociales, la cultura y otros aspectos aprehendidos como causas secundarias (Martínez-Hernández, 2008).

Los encuentros con el sistema de salud, denotan que es la modalidad dominante, oficial y legítima de los procesos de atención para el abordaje de las personas con presión arterial alta y, como tal, se identifica una estructura donde confluyen cuidadores de salud autorizados y reconocidos institucionalmente por el Estado colombiano. El modelo define las dinámicas de la salud, la enfermedad, la medicalización y los procesos de atención y tratamiento, en un campo de poder que muestra claramente su hegemonía (Menéndez, 1990).

Las implicaciones en la materialización de este modelo, adquieren una relevancia pragmática al lograr examinar, clasificar y tratar, padecimientos de manera casi automatizadas, logrando una dicotomía compleja, donde se reduce el proceso de atención de los padecimientos, a la determinación de personas sanas y personas enfermas. En esa determinación, el rol del médico adquiere un reconocimiento relevante, pues, se convierte en quien puede clasificar, evaluar y definir diagnósticos, en concordancia con los diferentes signos y síntomas manifestados por las personas. Desde esta lógica, se rotulan las personas a partir de criterios biomédicos, donde se insertan diferentes prácticas; partiendo de una perspectiva asistencialista centrada en lo biológico y desplazando categorías humanas, sociales, culturales; distorsionando el proceso de atención como sujetos pertenecientes a escenarios donde se vinculan diferentes categorías determinantes de la salud (Martínez-Hernández, 2008).

Claramente, el proceso de atención construye una hegemonía que aparta ideológica y jurídicamente procesos de cuidado y atención propios de las dinámicas culturales y sociales del Departamento del Cauca. Se centra desde una perspectiva biologicista, tomando fragmentos de la historia de las personas (series históricas de corta duración), es decir, es ahistórico (Menéndez,

⁹⁶ Al referirme a la categoría de lo "biológico", hago alusión a la visión científicista y jerárquica con que se asume el proceso de atención y por ende, los aspectos explicativos (Menéndez, 1988). En esta lógica son alterizadas las redes de relaciones sociales, la subjetividad y lo psico emocional como aspectos determinantes de los padecimientos. Los abordajes biologicistas adquieren una centralidad sobre aspectos de causalidad, limitando la inclusión de otras formas explicativas del proceso salud-enfermedad, heredada del modelo cartesiano de la modernidad y las dicotomías cuerpo-mente e individuo-sociedad.

1980), y de asocialidad, donde prevalece un abordaje individualista, centrado en diagnósticos y tratamientos, a través del uso de tecnología en una atención mecanicista y positivista, conducente a la naturalización y homogenización de los padecimientos, tal como se aprecia en las dinámicas de operación del sistema sanitario. La tecnología es idolatrada y da la pauta para construir especialidades y subespecialidades médicas, despojando a los cuidadores de salud de su rol, a quienes luego se les manipula a través de instituciones o laboratorios, para continuar la reproducción de la tecnología y lograr medicalizar la vida, transformándolas en cosas, en fetiches farmacológicos generadores de la deshumanización.

A la luz de las dificultades resultantes del ejercicio de buscar atenciones y resolver las necesidades, el sistema sanitario se aparta de su propuesta de centrar su mirada en las personas, familias y comunidades como lo establece la política de salud. En efecto, el proceso de gestión de las atenciones, se da desde una lógica asistencialista-mercantilista, limitando la incorporación de la salud como proceso. Menéndez (1990), plantea que las formas y modelos de respuesta a las necesidades de las personas desde la prevención y la curación de los procesos de enfermar y padecer daños en la salud, obedece al amplio campo de acción del proceso salud/enfermedad/atención, el cual constituye un universal que opera de manera estructurada y diferenciada en los grupos sociales (Menéndez, 1994). Para su comprensión, es requisito indispensable reconocer las relaciones etno culturales, además de la organización política, el consumo de la vida doméstica, los escenarios de trabajo y en general, los modos de vida específicos de las personas (Breilh, 2010), incluyendo la descripción y análisis de procesos terapéuticos individuales y colectivos para encontrar la salud en contextos donde se lleva a cabo el padecimiento.

4.2.3 Prácticas de los actores institucionales del sistema de salud

De conformidad con la política de atención integral en salud⁹⁷, el sistema sanitario colombiano debe gestionar las acciones en salud pública desde la estrategia de atención primaria de salud (APS), sin embargo, pocos son los avances en la incorporación y materialización de la estrategia. Uno de los

⁹⁷ La política de atención integral en salud, es una línea de política para la gestión de la salud pública en Colombia, se establece a partir de la Ley Estatutaria de salud en el año 2015 (Ley 1751 de 2015). La política define los aspectos técnicos con los cuales se debe gestionar las acciones desde cada actor del sistema de salud, reafirma a la atención primaria de salud con enfoque de salud familiar y comunitario como el eje de la gestión, así como la incorporación de la gestión integral del riesgo en salud y la territorialización. Fue a partir del año 2016 que inició la construcción normativa y metodológica de la atención integral, a través de lineamientos técnicos asignando a cada actor en salud roles y responsabilidades, relacionados con la garantía de una atención integral. En este escenario, se vinculan instrumentos como las rutas integrales de atención en salud que definen actividades de protección específica y detección temprana por cada momento del curso de la vida (clasificación por edades).

aspectos que ha limitado el abordaje de la APS como proceso para la movilización del sistema de salud, corresponde al modelo de aseguramiento⁹⁸, establecido en la Ley 100 de 1993, definido desde posturas neoliberales centradas en la atención en procesos mercantilistas para la movilización del sistema. Esta tendencia en la manera de gestionar las dinámicas de salud con corte capitalista, restringen la relevancia y la imperiosa necesidad de acercar los servicios y mantener el contacto con las personas, familias y comunidades en los escenarios donde se hace la vida. La lógica neoliberal permea al sistema sanitario y sus actores principalmente las aseguradoras y los hospitales, dando prioridad al proceso transaccional y financiero, más que a un propósito colectivo dirigido a mitigar la morbilidad y la mortalidad.

Las trabas en la autorización de servicios, han hecho que el sistema judicial se vea inmerso en la toma de decisiones del sector sanitario y el reconocimiento de actividades. Un indicador que muestra las dificultades por las cuales atraviesan los colombianos en el sistema sanitario, hacen alusión a una cantidad considerable de *acciones de tutela* interpuestas a aseguradoras y a hospitales en el reclamo de la garantía del derecho a la salud, donde una buena proporción de estas solicitudes, corresponden a actividades incluidas en los planes de beneficios y, por lo tanto, no deberían negarse. Esta ha sido una práctica perversa que proviene de favorecimientos individuales para obtener ganancias y rentabilidad a favor de grupos de personas que lideran el sistema de salud, donde entre menos consulten las personas a los servicios, existe la posibilidad de obtener mayores ganancias en términos financieros.

En el caminar por diferentes actores en salud como hospitales públicos y privados, aseguradoras (EPS), alcaldías y gobernación, se identifica en buena medida cantidad de transacciones y gestiones que deben asumir las personas para lograr ser atendidas y resolver sus necesidades relacionadas con el control de la presión arterial alta y las complicaciones derivadas de su “inadecuado tratamiento”. Los itinerarios terapéuticos trazados por las personas en la consecución de atenciones, se construyen en una red donde confluyen no solo aspectos relacionados con la interacción médico–paciente, sino, donde intervienen actores humanos y no humanos, máquinas, computadores, bases de datos, impresoras, documentos en físico y digitales, órdenes de apoyo, autorizaciones, tutelas, derechos de petición, códigos, dinero, negocios, entre otras materialidades. Hacer presión arterial requiere invertir tiempo, dinero, competencias

⁹⁸ El aseguramiento es un conjunto de seguros regulados por el Estado, financiados por contribuciones de trabajadores y empleadores, o mediante subsidios del Estado que protegen a las personas frente a los riesgos económicos asociados a la salud, la vejez y el desempleo.

administrativas y una buena ubicación en tiempo, lugar y persona para lograr avanzar en los requerimientos impuestos por el sistema y de este modo, alcanzar el tratamiento y mantenerse a tono con el padecimiento.

La definición de estas dinámicas sanitarias, donde prevalece lo administrativo, tiene correspondencia con el modelo capitalista y desarrollista. La red de actores sanitarios a través de la operacionalización de planes de desarrollo institucional para la ejecución de políticas públicas, incorporan una línea de gestión amplia de atención a las necesidades de las personas consideradas con presión arterial alta. La movilización de estas estructuras, está definida por líneas de gestión del Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021, incorporando un componente estratégico y operativo, junto a un modelo de determinantes sociales de la salud que el ministerio de salud adoptó para la dinamización de las actuaciones desde este sector. A partir del plan decenal, se ha definido una línea de gestión a fin de atender las necesidades de las personas con presión arterial alta, denominada vida saludable y condiciones no transmisibles. Allí se definen metas en la reducción de la prevalencia de hipertensión arterial, estrategias para la implementación de programas de atención y prevención de la enfermedad e insumos técnicos y financieros para ser ejecutados en los municipios del país.

En el nivel departamental, las secretarías de salud regionales, construyen estrategias para concertar con los municipios la realización de proyectos dirigidos a la mitigación del padecimiento, a través de diferentes actividades llevadas a cabo en algunos escenarios de los territorios municipales. Los operadores son los mismos hospitales locales o de baja complejidad y, en menor medida, instituciones que ofertan este tipo de servicios. Las Alcaldías, de la misma manera construyen sus propios programas y proyectos para aportar a la mitigación del padecimiento y, a través de actividades como la práctica de actividad física, lineamientos de alimentación saludable, manejo de riesgos y acciones de prevención primaria, realizan actividades de identificación temprana del padecimiento a través de tomas casuales de presión arterial, afinamientos y canalización de personas hacia los hospitales de primer nivel.

Por otra parte, las aseguradoras llevan a cabo la contratación de actividades individuales para la atención del padecimiento con los hospitales de nivel I, II, III y IV los cuales conforman la red de prestación de servicios de salud. Buena parte del dinero asignado desde el sistema sanitario, se invierte en la recuperación de eventos relacionados con el aumento de la presión arterial. Además de la consulta por cuidadores de salud de diferentes niveles académicos, las aseguradoras contratan servicios con dispensadores farmacéuticos, laboratorios clínicos, unidades de cuidado intensivo, salas de nefrología para pacientes en diálisis, ambulancias, servicios de urgencias y hospitalización,

tecnologías de exámenes paraclínicos, prótesis, marcapasos, servicios quirúrgicos, software para la gestión de la información, entre otros.

La disposición de sistemas de gestión a fin de soportar estos procesos, se basan en el uso de facturas, documentos, historias clínicas, códigos, autorizaciones, fórmulas, comprobantes, órdenes de apoyo, entre otras materialidades que transitan de una institución a otra, ya sea de manera física o a través de la web, los cuales se constituyen en ensamblajes para dar soporte a las transacciones exigidas por el sistema de salud y atender las demandas generadas por la incidencia de las enfermedades cardiovasculares en el contexto. La manera de entablar relacionamientos entre los actantes del sistema de salud y las personas, se hacen mediante contrataciones y acuerdos de la movilización de generosas cantidades de dinero del sistema.

Para el año 2021, se movilizaron en Colombia 61 billones de pesos en el sistema de salud. Cerca de 39 billones se destinaron en la compra y venta de insumos clínicos y de laboratorio; consultas, controles, tecnología, infraestructura y fármacos, para la atención de eventos mórbidos. Para soportar la administración de esta generosa suma de dinero, se establecen diversas formas de negocio en todos los niveles de atención. En los negocios tranzados por la compra de fármacos, participan al menos 23 casas farmacéuticas las cuales disponen de diferentes medicamentos al sistema. Hospitales y clínicas, así como profesionales independientes, negocian procesos de atención. Casas productoras de tecnología biomédica, sistemas de información y procesos de auditoría en la prestación de servicios, consumen una buena cantidad de los recursos. Sindicatos y cooperativas de trabajo asociado, contratan a cuidadores de salud para apoyar el cuidado de los pacientes. Sistemas de gestión de la calidad, programas de salud pública y procesos de monitoreo y seguimiento a la contratación, complementan la transacción de actividades a fin de proveer los servicios requeridos para soportar la demanda generada por los padecimientos relacionados con la presión arterial. El 8% de los recursos (12 billones de pesos), se dedican exclusivamente al ejercicio administrativo de las EPS (Así vamos en salud Colombia, 2021).

Las prácticas y los discursos de las personas, promulgan la presión arterial en otra versión: un negocio. Detrás del aparato sanitario que gestiona las actividades y las intervenciones para proveer insumos, tecnología y servicios a las personas, existe una plataforma estructurada consistentemente para lograr resolver las demandas generadas por la dinámica de atención que inserta la presión arterial elevada. En el proceso de atención, se requiere de una infraestructura física, administrativa, jurídica, de talento humano, estratégica, mercantil y financiera, enredada con las necesidades de la población. La presión arterial, como negocio, se vislumbra cuando en el día a

día las aseguradoras hacen contratos con las instituciones prestadoras de servicios de salud, farmacias, proveedores de insumos, casas farmacéuticas, casas tecnológicas, profesionales y técnicos de la salud, que permitan catalizar la apropiación del discurso biomédico y la necesidad de consumo de estos productos y servicios. A su vez, la presión arterial, como negocio, moviliza una representativa cantidad de dinero, el cual no solamente está relacionado con la dinámica local, sino, que está condicionada por políticas nacionales y globales bajo la influencia de asociaciones clínicas, quienes concomitantemente tiene representaciones en los laboratorios farmacéuticos y de tecnología; definiendo de manera estructural, formas de operación de procesos de atención.

Las relaciones contractuales entre las aseguradoras y el hospital, definen la red de prestación de servicio ofertada para los pacientes, esa red no necesariamente está construida en torno de la distribución territorial de las personas; por el contrario, está definida por criterios particulares de las aseguradoras donde prevalece la contratación con entidades que comparten una filiación entre ellas y determinada por aspectos financieros. María Betty relataba que *“[...] las EPS pueden hacer con los enfermos lo que les dé la gana, por eso es que más personas más se enferman es de no recibir sus tratamientos como son... del Hospital San José nos dijeron que no tienen contrato con EMSSANAR, que no les ha querido dar contrato a ellos ... (SSA 090).*

La lógica del modelo del sistema de salud, claramente está legitimado a través de un proyecto político de carácter económico y capitalista, así se denota en el encuentro etnográfico con los actores del sistema de salud, las decisiones son tomadas por el Estado e instituciones de carácter privado marcado por una fuerte influencia de un modelo de producción y reproducción capitalista. El discurso biomédico está posicionado de manera contundente, este plano ideológico se extrapola al campo social y político (Menéndez, 1981), en el cual, se movilizan y enfrentan fuerzas de poder, donde se le arrebató a los otros para que persista el poder y la hegemonía del sistema de salud (Foucault, 1976a).

El modelo sanitario dinamizado en la actualidad, comparte características estructurales del modelo médico hegemónico planteado por Menéndez que, además de lo comentado previamente, se caracteriza por la exclusión del saber de los pacientes, un campo académico formalizador, la eficiencia pragmática y una fuerte tendencia a la medicalización de los problemas (Menéndez, 2005). El discurso de la salud como derecho humano, fundamental e inalienable al que hace alusión la política sanitaria colombiana, entra en una profunda evanescencia donde se restringen las acciones básicas en concordancia con los criterios establecidos en lo normativo y estratégico. Hay limitaciones en asumir la salud como un bien público, por el contrario, está sometido a las lógicas de mercado, la

centralidad no se basa en las personas, sino en las instituciones sanitarias. Por otra parte, una limitada comprensión de la determinación social de la salud⁹⁹, despoja a los procesos de atención de la idea que las causas de enfermar y morir se relacionan con lo social, las condiciones de vida, el trabajo, y las dinámicas culturales definidas en los campos sociales donde se insertan los padecimientos. El modelo hace un ejercicio de simplificación de los procesos de determinación social, tanto de la salud como de los padecimientos, a categorías de factores de riesgo y se apoya de la epidemiología para explicar desde esta perspectiva, las dinámicas de los procesos mórbidos, por supuesto, desde un enfoque parcial.

El proyecto político para la gestión de la salud en Colombia, asume prácticas donde la vida se gobierna de conformidad con dinámicas mercantilistas de corte neoliberal, biopolítico, estructurado como un servicio que genera renta, con un agravante: está sometido a la perspectiva de instituciones privadas definidas en el marco de políticas sanitarias, ejerciendo su poder y definiendo la manera como se gestionan las prácticas de salud, apuntando a un sistema basado en intereses particulares (Ramírez y Ruiz, 2014). Ahora bien, desde esta práctica individualista, el poder sobre el control de la vida de las personas se enuncia desde una visión economicista, alejada de la salud como proceso, y dictatorialmente ejerce poder de hacer morir y dejar morir (Foucault, 2001), someter a las personas a un proceso de gestión administrativa y negar sistemáticamente las atenciones en estos itinerarios terapéuticos, corresponde a una práctica compleja de dejar morir.

En suma, la concepción biomédica¹⁰⁰ del sistema sanitario que opera en Popayán, se aleja de asumir la salud como proceso, pues, lo considera como “un hecho natural, biológico y no un hecho social, histórico” (Menéndez 1988: 12), en este contexto, da lugar a una despersonalización de la

⁹⁹ Marx hace alusión a la determinación social como el modo de producción y la estructura social, así como a las formas en que se organizan las fuerzas productivas, por su propiedad y control, y la forma como se definen las relaciones sociales de producción. Haciendo referencia al capitalismo, corresponde a la explotación del trabajo humano (Dusset 2010).

El Ecuatoriano Jaime Breilh la concibe como una propuesta contrahegemónica, dirigida a entender el proceso de salud de manera multidimensional, tomando como referencia el campo de la reproducción social desde tres esferas: acumulación de capital, dominio de los modos de vida de los colectivos (exposición y vulnerabilidad), estilos de vida saludable individuales y condiciones fenotípicas y genotípicas (Breilh, 2013). Por otra parte, reflexiona acerca de la determinación social y su influencia desde niveles general, particular y singular desde donde se dinamizan los procesos sociales y su influencia con lo biológico. Define como determinante estructural a lo económico y su forma de distribución y generación de poder político y social (Breilh, 2010).

¹⁰⁰ En la política de la vida y el biopoder, se usa la vida como insumo para el ejercicio del poder en la población. A la luz del sistema sanitario local, la vida es gobernada, controlada, vigilada y medida por el poder, con el propósito encubierto de generar acumulación de capital, incorporando al cuerpo en la dinámica productiva, definiéndolo como un objeto económico (Guerra, 2012). Surge de las dinámicas del sistema sanitario, una iatrogenesis social (daño médico) provocado por la creación de una salud enferma que genera falsas necesidades y dependencia de las personas y de la sociedad hacia la burocracia médica y su organización (Gálvez, 2002).

enfermedad, reduciéndola a una falla orgánica. Las interacciones con las personas se restringen, los cuidadores de salud se enfocan en la enfermedad y desplazan al ser humano, surgiendo un interés de rastreo y evidencia de signos que establecen una lógica de abordar un cuerpo patológico.

4.2.4 Los itinerarios terapéuticos que demarca la presión arterial alta

Los diferentes retos por los que atraviesan las personas para recuperar su salud, incorporan varios elementos que dan paso a la construcción de itinerarios terapéuticos. De alguna manera, en párrafos previos se ha esbozado las prácticas realizadas por las personas en el contexto del sistema sanitario a fin de alcanzar las atenciones e insumos requeridos para el tratamiento de su padecimiento.

Los itinerarios terapéuticos están insertados dentro del proceso de salud-enfermedad-atención y corresponden a las vivencias que cada persona asume para la recuperación de su salud (Menéndez, 1984), así como las interacciones con los diferentes prácticas y complejidades demandadas por el sistema asistencialista a los cuales acceden y por los que transita en el ejercicio de búsqueda de ayuda (Comelles, 2001). En el trasegar de los procesos de atención, se encuentran diferentes campos de relaciones, embebidos en una serie de prácticas que terminan en la toma de decisiones vinculadas con el contexto donde se está materializando el padecimiento e involucra la auto atención, el autocuidado, la atención del hogar y la atención profesional.

El concepto de itinerarios terapéuticos se ha venido utilizando de manera recurrente en el estudio de la antropología médica. Este concepto hace alusión al recorrido que las personas llevan a cabo desde el momento en que dan cuenta que ocurre algo fuera de lo normal en su cuerpo, su estado de ánimo o su bienestar, en ese sentido, surgen motivaciones para ir en búsqueda de ayuda, a fin de lograr restituir sus funciones vitales y encontrar la cura al padecimiento percibido. Sindzinger (1985), planteó que los itinerarios terapéuticos son “una serie de procesos involucrados en la búsqueda de una solución terapéutica, iniciados luego de la aparición o percepción de un problema. Estos se configuran a partir de todas las decisiones, conscientes o no, que una persona o grupo toma para afrontar un malestar”.

Estos procesos no se restringen de manera exclusiva a los hospitales, sino que se insertan con el “mundo de vida y el campo de posibilidades de tratamiento disponibles en el universo de los actores” (Alves, 1993) insertados en una red social y actores de diversas tipologías donde convergen maneras diferentes de atención, donde la subjetividad, lo individual y lo colectivo construyen formas de tratamiento y atención de los padecimientos (Cabral, et. al., 2012) y los sujetos asumen diferentes formas de atención, no solo el uso de la medicina hegemónica (Kleiman, 1998; Menéndez,

2003). En la trayectoria de la búsqueda de la atención, limitaciones en el acceso a los sistemas terapéuticos se relacionan con el contexto social, político, cultural y económico (Alves, 2015) poniendo en juego diferentes interpretaciones y curas las cuales se corresponden con las dinámicas sociales del padecimiento y en la forma en que se vinculan con tales contextos (Perdiguero, 2006), así las cosas, las trayectorias de la atención van a forma parte de los procesos de salud/enfermedad/atención y la manera en que se constituyan van a depender de la disponibilidad de alternativas terapéuticas, la facilidad de acceder a ellas, las creencias, los hábitos culturales, las experiencias previas, así como las expectativas de los sujetos (Perdiguero, 2006).

Al considerar a la presión arterial alta como una relación social en donde se negocia constantemente diferentes interacciones, los itinerarios terapéuticos aluden a aspectos biográficos, espaciales y temporales inscritos en los sujetos y colectivos, donde la antropología juega un papel preponderante al develar las trayectorias de la atención de los procesos organizativos, instituciones, actores y agentes que participan de la toma de decisiones para la provisión de las formas de atender los padecimientos, sirviendo como insumo para el direccionamiento de las políticas sanitarias.

En el tratamiento de la presión arterial alta, se dan una serie de secuencias en los procesos de interpretación profesional que hacen los cuidadores de salud, mediante estas, las personas van determinando su itinerario. Adicionalmente se incluyen prácticas populares para la complementariedad en la atención del padecimiento. Un aspecto determinante está relacionado con la definición del diagnóstico por parte de la biomedicina y, dependiendo de la gravedad que proyecta, surgen requerimientos, poniendo en tensión tanto a la persona, a su familia y a la red instituciones del sistema sanitario. El esclarecimiento de un diagnóstico requiere de la inserción de las personas no como meros pacientes, sino, como dinamizadores de procesos administrativos y burocráticos con los que debe lidiar para alcanzar las atenciones. Una vez se cuenta con un constructo aproximado de la realidad de la persona, de acuerdo con los requerimientos biomédicos y a la luz de las desviaciones anatomofisiológicas, se trata de buscar piezas para armar su explicación causal y estas van a derivar en procesos de instrumentación desde el actuar terapéutico, construyendo una red de atenciones tanto en el escenario biomédico como del saber popular.

En los trasegares del itinerario terapéutico, se dan variaciones relacionadas con el tiempo de duración de los procesos y de acuerdo con estos, se ajustan prácticas según la situación que se está viviendo. El sometimiento de las personas a las dinámicas de los servicios de salud, genera incertidumbre al desear cumplir con todos y cada uno de los requerimientos del abordaje de su padecimiento. Al mismo tiempo, se requiere de una capacidad técnica para resolver los requisitos

demandados por el sistema de prestación de servicios, así como prácticas administrativas, situación que genera ansiedad, estrés y temor a lo desconocido, sobre todo, si no se ha tenido contacto con las complejas redes de interacciones establecidas entre instituciones de salud, es decir, las exigencias burocráticas que establecen los hospitales y las aseguradoras.

El significado atribuido a la enfermedad, define los comportamientos de las personas en torno a sus actuaciones, de manera que el proceso debe ser entendido en el contexto de un sistema cultural donde se llevan a cabo interacciones y se van reproduciendo conocimientos, en un entorno de incompetencia social, cultural, política y económica, de manera que las elecciones asumidas, no son siempre las mismas y dependen de cada cultura y sociedad. En este sentido, se debe reflexionar sobre la capacidad de las personas para encarar los procesos de autogestión de su salud en el marco de una interacción establecida por el discurso de la biomedicina y su estructura institucional, donde muchas personas consideran ser incapaces de lidiar con requerimientos burocráticos. De esta manera, deben aplazar las alternativas de curación o mantenimiento del padecimiento.

En el itinerario terapéutico de las personas que transitan en el sistema de salud, se referencian diferentes insumos terapéuticos relacionados con el contacto de médicos, enfermeros, terapeutas alternativos, yerbateros, entre otras; quienes interactúan a nivel individual, y también colectivo, tomando en cuenta no solo la enfermedad física, sino también, una enfermedad espiritual y social, tal como lo plantea Kleinman y Csordas (1996). Este proceso obedece a un ejercicio ritual. Con esto quiero decir que, la posibilidad de los tratamientos no solo hace alusión a prácticas intervencionistas desde lo anatomofisiológico, sino que se incorporan diferentes procesos anclados en los campos sociales. Cabe resaltar que las personas de alguna manera son vistas como entidades pasivas del proceso terapéutico, se asumen como pacientes. Trascender sobre tales consideraciones, es un ejercicio obligado por parte de los prestadores de servicios, toda vez que se percibe una limitada incorporación de otras modalidades terapéuticas, sobre todo, de prácticas tradicionales del cuidado, esto es, a experimentos sociales fundamentales en el logro de alcanzar la resolutivez de los padecimientos¹⁰¹.

¹⁰¹ A través del discurso de saberes y prácticas institucionalizadas, se llevan a cabo funciones de control, medicalización y legitimación (Menéndez, 2005), ligado a la materialización de un sistema capitalista que asume una dominación de los cuerpos, a través de dispositivos de regulación. Por otra parte, en el modelo hegemónico del sistema de salud colombiano, la relación médico-paciente es desigual; denota jerarquías, donde los profesionales de la medicina son poseedores de la verdad y las personas están limitadas a cuestionar su posición, hallándose inmersas en un campo de sumisión, excluyendo palabra y afectos, dando prioridad a los productos.

Las bases de datos de los pacientes con presión arterial alta, hacen un recorrido entre los hospitales, las aseguradoras, las secretarías de salud municipales y departamentales, el Ministerio de Salud y la Superintendencia Nacional de Salud (ente encargado de la vigilancia de los recursos) las cuales sirven como insumo para conocer la cantidad de personas afectadas, junto con el grado de complicación. Se construyen “cuentas de alto costo” rotulando a las personas como de alto riesgo a fin de darle continuidad a un proceso de seguimiento a las personas que presentan situaciones complejas bajo un precepto: ahorrar recursos económicos al sistema. En ese sentido, tanto hospitales como aseguradoras, así como las secretarías de salud, establecen procesos de inspección y vigilancia de pacientes para mantenerlos adheridos a los programas y disminuir complicaciones que representan un alto costo para el sistema. Esta información determina maneras de prestar servicios, lo que implica trazar rutas adicionales para alcanzar las atenciones.

Las dinámicas para lograr las atenciones se tornan complejas, ya que el entramado administrativo requiere realizarse en diferentes sitios. Un hospital puede ofertar un servicio específico, otra clínica brinda un servicio adicional, un laboratorio un examen determinado y otra clínica un examen especial, es decir, la atención se fragmenta¹⁰². Debido a esta situación, les corresponde a los pacientes reunir un conjunto de piezas para armar e ir adquiriendo los servicios en virtud de sus necesidades. La fragmentación está mediada por lógicas financieras de las aseguradoras que, a su criterio, establecen con quién contratar servicios y con quien no, limitando una postura centrada en las personas y en el contexto donde se desenvuelven.

Estas dinámicas definen la accesibilidad a los servicios de salud, posibilitando una selección adversa donde las personas que perseveran en la intrincada red de transacciones, logran ser atendidas, mientras que otras desisten, ya sea por la dificultad en el cumplimiento de los requisitos, la limitada red de apoyo familiar o la falta de competencias para asumir el proceso. La presión arterial desde el sistema de salud, requiere de un ensamblaje de varios objetos: documentos, autorizaciones, órdenes de apoyo, tramites, facturas, llamadas telefónicas, turnos, mensajes de texto, aplicaciones, teléfonos inteligentes, sistemas de información, redes de internet, dinero, entre otros, para acceder a los servicios y cumplir con los compromisos definidos por los cuidadores de

¹⁰² La fragmentación hace alusión a la división existente en el proceso de entrega de los servicios de salud a las personas. Es de suponer que en un hospital se debe garantizar de manera integral, continua y suficiente los servicios, sin embargo, ocurre con frecuencia que diferentes atenciones son recibidas en varios hospitales), esta situación obedece a las formas de contratación entre aseguradoras y hospitales, donde priman criterios desde perspectivas económicas y clientelistas más que a la resolutiveidad de las necesidades de las personas. La fragmentación se da a nivel de la administración donde una EPS contrata servicios con diferentes hospitales y, por otra parte, la fragmentación hace referencia a todas las vicisitudes que debe realizar una persona para lograr ser atendido con todas las actividades que le recomendó el cuidador.

salud. La accesibilidad se complejiza aún más si las personas proceden de municipios lejanos de Popayán y, si residen en áreas rurales, donde categorías como el distanciamiento, la falta de recursos, el grado de escolaridad, aportan de manera contundente en la limitación del acceso.

En el recorrido por el sistema de salud varias personas y sus familias hacen referencia a las dificultades a las que se han sometido para obtener servicios desde la biomedicina, sin embargo, las recomendaciones dadas por parte de los cuidadores no están alineadas con los procesos transaccionales que exige tal sistema. En la medida que se dan los incumplimientos de parte de los actores en salud, las personas se ven limitadas en darle continuidad a su tratamiento y al momento de rendir cuentas en las consultas de control, los cuidadores le reclaman al paciente por su incumplimiento, asignándole la responsabilidad de su discontinuidad para obtener los insumos y lograr mantener controlado el padecimiento. Blanca en ese sentido relataba

“[...] Ahí es muy complejo porque el médico lo remite que le hagan algo, lo envía a Emsanar (EPS) y allá no hacen nada o, lo devuelven, porque falta alguna cosa; ahí pasa un mes, cuando el médico lo corrige y lo vuelven a pasar ahí, pasa otro mes y con cada cita ha pasado de tres a cuatro meses...” (SSA 0030).

Las consultas por parte de profesionales especializados de la medicina corresponden a uno de los servicios que genera mayor dificultad para la atención de las personas con presión arterial alta. Este servicio requiere de la mediación de una orden de apoyo y un turno para la asignación de la consulta, la cual puede durar, de acuerdo con la disponibilidad del hospital, entre un mes y seis meses, incluso hasta un año: “[...] yo hace un año que no tengo un nefrólogo, uno necesita que lo vea el especialista, además me mandan muchos exámenes para que me vea el nefrólogo, pero nunca me ha visto...no me han querido dar la orden de apoyo y sin eso, pues jodase ...” (SSA 0030). La toma de decisiones del médico general, puede estar condicionada por el criterio del médico especialista quien considera factores de riesgo adicionales y, de acuerdo con la condición que se encuentre, ajustar la conducta terapéutica, incluyendo el consumo de otros fármacos, ajuste de las dosis y requerimientos adicionales que complejizan los itinerarios.

De otra parte, ciertos medicamentos o exámenes de apoyo diagnóstico, los puede ordenar el especialista y, en ese sentido, el acceso a ciertas tecnologías, está condicionada por la disponibilidad de citas con este cuidador; así lo denotaba Fausto

“[...] vea yo llevo yendo allá hace meses para que me den la orden de apoyo ... he lidiado con eso y nada ... que vaya para acá, que vaya para allá, que no hay turnos, que los

médicos tampoco hay... eso toca caminar duro para que le aprueben la consulta por el especialista... y uno que hace? ... esas órdenes de apoyo uno mejor ni las saca porque para que ... y cuando las tiene, a mí me pasó... fui al hospital y ya no había cita con el especialista, luego entonces perdí la orden de apoyo porque se me venció y entonces ... otra vez ... vuelva y saque otra ... noooo... eso para que, a si no sirve..." (SSA 0029).

La discontinuidad de la entrega de los medicamentos de control, es frecuente y altera el proceso terapéutico: “[...] con los medicamentos me dijeron venga al otro día que no hay valsartán... fui el sábado y me dijeron que entraron a vacaciones, entonces yo no sé qué pasará con todas las personas que están enfermas y van a reclamar medicamentos...” (SSA 0140). Si bien para la entrega de estos insumos le preceden autorizaciones por parte de la aseguradora y el hospital, las expendedoras de medicamentos deben considerar mantener un inventario en concordancia con la cantidad de personas a atender. En varias farmacias de Popayán, se identificaron entregas incompletas de los medicamentos; negación de insumos debido a la falta de las órdenes de apoyo; filas; devoluciones por vencimiento de órdenes; entre otros, María Betty mencionaba

“[...] hace como cuatro meses que yo no podía reclamar mi droga ni nada porque eso tiene que ser con orden médica y yo con la misma orden que tenía viejita, me tocó que ir a hacer prescribir antes de pasar a consulta a una EPS o, recibir la droga y a partir de ese día, no me entregaron completa...que me toca otra vez pedir la orden de apoyo...” (SSA 090).

Estas inconsistencias llevan a que se distorsione el itinerario trazado por los pacientes y se requieran prácticas adicionales para alcanzar los propósitos curativos. De otra parte, cuando no se cuenta con la cantidad de medicamentos de manera suficiente, las personas ajustan la dosificación, tratando de darle tiempo a la entrega de su tratamiento por parte de las farmacias

“[...] las goticas que me dieron me las estoy echando pasando un día para que me avancen más, uno llama y buuuuuuh, es como llamar a un chulo, porque eso es difícil... no contestan y uno cómo hace para que le den la droga ... mejor uno toma menos para que le alcancen más días mientras otra vez llega y va al médico para que le de la orden y le autoricen los remedios...” (SSA 0240).

En estos escenarios es evidente las relaciones de hegemonía y subalternidad en las dinámicas del uso de los medicamentos a través de la generación de “órdenes médicas”, allí se dan

diferentes tipos de relaciones, las cuales definen prácticas relacionadas con la competencia, la colaboración, la asimetría y la reciprocidad (Menéndez, 2012).

La disponibilidad de cupos para la atención por medicina general en algunos hospitales es limitada, la cantidad de médicos no se alinea con la demanda de personas solicitantes del servicio, “[...] uno tiene que tener un tratamiento constante y uno vaya a sacar una cita, que la agenda está llena... eso sacan miles de problemas... a uno lo mandan que con médico general que, para la droga, pero va a pedir cita, y la agenda está llena. Lo ponen a uno de aquí para allá y de allá para acá...” (SSA 090). La constante insistencia a los servicios de salud para obtener citas y al no encontrar respuestas, las personas terminan por abandonar su gestión y los regímenes terapéuticos.

Las condiciones económicas de las personas influyen en el proceso transaccional y la continuidad del régimen terapéutico “[...] el transporte, claro es muy difícil... hay que tener sus 15 mil pesos para poder ir allá y venir, y eso que, si lo mandan a un solo lado, pero si lo mandan como uno de aquí ir a recibir la droga allá y de allá volver otra vez acá y de allá para acá, imagínese... (SSA 090). Las diferentes actividades a realizar para obtener servicios sugeridos por el médico tratante, pasan por visitar todos y cada uno de los actores involucrados en la provisión de los servicios o productos terapéuticos que la persona necesita, incluyendo dinero para el transporte. De otra parte, de no encontrar respuestas en la entrega de los medicamentos, las personas optan por comprar sus insumos, a fin de darle continuidad al tratamiento “[...] a uno lo citan y uno va, pero a la hora de la verdad, la agenda está llena y, entonces, uno tiene que comprar la droga por fuera ...” (SSA 090). Así el medicamento sea costoso, las personas hacen lo posible por adquirirlo

“[...] el cardiólogo me dijo: te voy a tener que ordenar un medicamento más fuerte porque el losartan no te ha hecho nada ... este medicamento es costoso vale ciento treinta mil pesos, pero este si es bueno... yo le dije, no doctor, sí mi examen lo dice y mi salud, pues yo busco cómo comprarlo, y dijo: este tratamiento se necesita urgentemente, ¡ya! ...” (SSA 0150).

La prestación de servicios está acompañada del pago de cuotas moderadoras o copagos (cuotas en dinero pagadas al hospital) por parte de las personas cuando reciben atenciones y se calculan en virtud del nivel salarial percibido, así como el estrato socioeconómico al cual pertenece

definido en el SISBEN¹⁰³. Estas cuotas en dinero, se han justificado como cofinanciador de sistema de salud y permite controlar la demanda de servicios, sin embargo, para algunas personas, pagar estas cuotas de la consulta médica, la entrega de medicamentos, la realización de exámenes de laboratorio, entre otros, genera una barrera en el logro de la atención, dado que representan un gasto adicional en su tratamiento, *Don Omar mencionaba*

“[...] cuando uno pues, se enferma de algo, pues, como por aquí es estrato dos, entonces uno tiene que pagar un 10%...” y eso a uno le queda bien duro porque vea, plata para transporte, plata para sacar citas y plata para el copago, eso para enfermarse hay que tener plata y usted sabe lo duro que a uno le toca, uno a veces dice, ahhh mejor dejemos así no más...” (SSA 0130).

Las dificultades de tramitar autorizaciones para recibir servicios, acarrean varios obstáculos los cuales van desde exponerse al contexto urbano que en algunos escenarios está dotado de inseguridad y la espera en largas filas, a fin de alcanzar un turno y lograr las citas médicas. Desafortunadamente, a pesar de toda la autogestión que realizan las personas, en muchas ocasiones no se tiene éxito en resolver sus necesidades

“[...] yo misma me madrugaba a ir allá abajo por la plaza de toros, me iba a las 5:30 de la mañana a hacer cola, a veces no me aguantaba tanto de estar parada, no había donde sentarse y el dolor de la columna y las piernas no me lo aguantaba, se me empezaban a hinchar ... muchas veces uno sin comer nada y esperar si radicaban... desde hace un año radiqué papeles y hasta el sol de hoy, no me han dado respuesta...” (SSA 0180).

Cuando los servicios no son autorizados por la aseguradora, las personas se ven en la necesidad de interponer acciones de tutela para que, a través del sistema judicial, se obtengan las autorizaciones a fin de acceder a los servicios. Es frecuente en los relatos escuchar que los servicios fueron “*autorizados por tutela*” y esta condición genera oportunidad en la entrega del servicio ofrecido por el hospital, Consuelo en relación a esta situación relataba

“[...] yo he colocado tutela, el nefrólogo me mandó unos exámenes para ver cómo estaba, a él le da miedo que de pronto se me vayan a dañar los riñones ...pero le cuento

¹⁰³ SISBEN en el sistema de identificación de beneficiarios a programas sociales y conforme con el nivel socioeconómico al que pertenezcan las personas se asignan o no subsidios no solo en el sistema de salud, también se utiliza para la asignación de vivienda, alimentación, educación, entre otros.

que eso ha sido duro, duro... al inicio era pida y pida las órdenes y eso a uno le mamaban gallo diciéndole que no había el médico y nada, pues ... ya una amiga me dijo que ella había colocado tutelas para que le dieran las órdenes de apoyo y pudiera que la viera el especialista ... Entonces yo hice lo mismo, fui y coloqué la tutela que me la ayudó hacer mijo y a ver si con eso de pronto me dan esa cita que es bien importante..." (SSA 0180).

En las dinámicas de los escenarios de la gestión de servicios, emerge una versión de la presión arterial como una "*orden de apoyo*". Una versión de connotación administrativa, presente de manera constante en los relatos y prácticas de los pacientes, cuidadores y técnicos administrativos del sistema sanitario. La *orden de apoyo* está dotada de agencia, su promulgación desde el proceso de atención tiene poder, tanto así que es posible determinar la aprobación o a la negación de los servicios requeridos por las personas sometidas a los regímenes terapéuticos. Esta versión transita hacia un dejar morir/dejar vivir. En el proceso de autorizaciones de servicios de salud, medicamentos, tecnologías o procedimientos médicos, varias personas no logran acceder a la aprobación de servicios, a pesar de ser solicitadas por los médicos del sistema. Si bien la política de salud colombiana está enfocada en cuidar la vida, las prácticas que realizan quienes han sido diagnosticados con la presión arterial alta para lograr servicios sanitarios, se aparta de tal concepción. Gestionar órdenes adicionales, a fin de ser atendido, está ligado a la muerte, mientras se da prelación a un modelo capitalista para mantener activa la economía del sistema de salud.

Haciendo alusión a esta versión de la presión arterial, se inserta de manera consistente la necropolítica (Mbembe, 2011), donde un conjunto de acciones e inacciones políticas llevan a la muerte de las personas porque dejan morir a lo vivo a fin de preservar el capital. La vida se somete continuamente a la muerte al dejar desprovistas a las personas de los servicios de salud que el mismo sistema ha establecido, dejándolos a libre albedrío, lo que para muchas personas desemboca en complicaciones o la muerte, al no cumplir con todos los requerimientos administrativos para acceder a los servicios sanitarios. Al no garantizar las autorizaciones, la necropolítica se materializa en el sentido que tales inacciones terminan en la muerte, no como una guerra, sino más bien como una muerte silenciosa, anónima, imperceptible, posibilitando su repetición una y otra vez. En la necropolítica no hay órdenes de ejecución directas, ni juicios, sino más bien la naturalización de una violencia que se vuelve cotidiana, repetitiva, es decir, normalizada. En esta dinámica, no es sencillo identificar al culpable. La presión arterial como orden de apoyo, se manifiesta como la capacidad de decidir sobre quién puede vivir y quien puede morir.

Capítulo 5. Provocaciones para la continuidad

5.1 La presión arterial como entidad múltiple: un ensamblaje de prácticas y materialidades

Rastreadas de cerca, las presiones arteriales resultan ser diferentes cosas en distintos momentos y lugares, conforme con el tipo de entidades o situaciones a las cuales se ven enfrentadas, de este modo, contar lo que es la presión arterial no es lo que solía ser; ahora se cuenta desde lo local, está situada, no dice lo que es en sí misma porque nada está solo; todo está relacionado.

En el ejercicio de rastreo, se logra distinguir cinco campos de información que fueron emergiendo por su información etnográfica. En estos escenarios, se identifican diferentes tipos de prácticas donde la presión arterial se pone en acción, esto es, se enactúa (Mol, 2002): prácticas individuales, prácticas familiares, prácticas comunitarias, prácticas de los cuidadores de salud y prácticas del sistema sanitario. Estas prácticas se articulan y, asimismo, se circunscriben en redes donde las personas están inmersas, junto con objetos, materialidades y entidades, que no solo provienen de los discursos y el actuar biomédico, sino, que convocan a diferentes agentes humanos y no humanos de los diversos campos sociales quienes se ensamblan para construir versiones de la presión arterial. En la medida en que se profundizó en el entramado de relaciones que la construyen, se lograron narrativas más precisas y amplias, las cuales fueron mucho más allá de las explicaciones biomédicas y farmacoterapéuticas. La presión arterial, se constituye, entonces, como una entidad que surge de la interacción entre personas, familias, consultorios, hospitales, cuerpo humano, máquinas, bases de datos, monitores, entre muchos otros objetos y materialidades, mostrando su accionar como parte de las dinámicas en los campos de información estudiados. En este sentido, la presión arterial es múltiple, es decir, en la realidad tiene por sí misma una identidad diversa, configurada por prácticas diferentes. De este modo, deja de ser vista como fija, pasiva, inerte, para trascender y llegar a ser y a desaparecer simultáneamente con las prácticas que la constituyen; no existe más allá de los agentes que la están poniendo en acción (Mol, 2002).

En el proceso de promulgación de la presión arterial como entidad múltiple, las prácticas tanto discursivas como materiales dan cuenta de la no existencia de una versión única. Mientras se dan diferentes articulaciones, se van moldeando versiones a partir de continuas interacciones, así como interrupciones e inconsistencias. La multiplicidad logra percibir tales diferencias como parte de

un mismo proceso que va conformando una realidad, toda vez que las versiones de la presión arterial convergen y se van relacionando, a través de versiones distintas, quienes pueden coexistir armónicamente para lograr que ese proceso de articulación configure la realidad (Mol, 1999). Esta mirada lleva a problematizar y des-naturalizar aquellas definiciones y narrativas que el modelo médico hegemónico ha considerado desde el discurso moderno, en el cual, reconcilia las diferencias y aboga por la singularidad, a fin de lograr un objeto coherente, único, racionalizado, limitado y sumiso. En tales circunstancias, queda planteada una propuesta que aboga por la eliminación de la singularidad para desestabilizar la idea uniforme y estática de la presión arterial.

La presión arterial en sus versiones como cifra, diagnóstico, rótulo, intrusa, asesino silencioso, riesgo, dispositivo de poder, orden de apoyo, negocio, indicador, vinculante de relaciones, movilizador del activismo y como línea que dibuja la vida, puede permanecer unida e interconectada a través del proceso de coordinación. Así las cosas, la coordinación hace que la presión arterial sea más que una y menos que muchas (Strathern, 1991). En la medida en que las versiones se van coordinando unas con otras, van dando forma a una enfermedad única (hipertensión arterial) con la cual la biomedicina establece sus modos de operación. En este proceso, puede ser que las diferentes versiones de la presión arterial no se integren tranquilamente, pero pueden seguir viviendo juntas y, en ese sentido, no necesariamente se generan fricciones entre las versiones, debido a que a la presión arterial se le está proveyendo de una espacialidad fluida, así las cosas, una versión no choca con la otra porque está confluyendo en la necesidad de prevenir, diagnosticar, tratar, seguir y cuidar enfermos.

A través del proceso de distribución, las versiones de la presión arterial se permiten coexistir, toda vez que en el rastreo de las prácticas tales versiones no necesariamente buscaban encontrarse en un terreno común (Mol 2002), en tales circunstancias, la divergencia no implica ni consenso, ni conflicto, porque las realidades pueden coexistir en una diversidad de espacios y temporalidades. Las posibles tensiones entre las versiones se eliminan cuando esas diferencias se distribuyen en varios lugares, a este respecto, la distribución separa lo que de otro modo podría chocar. La presión arterial en sus diferentes versiones no necesita ser la misma, no necesariamente genera problemas si son diferentes. Cada versión tiene su propio sitio, no hay competencias o luchas entre las diferentes versiones, porque están circunscritas a un proceso.

Las diferentes prácticas que actores humanos y no humanos llevan a cabo desde los campos de información, hacen circular y sostienen versiones de la presión arterial, quienes se van articulando con modos de organización desde diferentes lógicas, no solo la biomédica. Buena parte

de esas prácticas están asociadas a un sujeto-cuerpo, el cual es modificado en sus especificidades fisio-métricas para transformarlo y develar su susceptibilidad de ser intervenido, a través de acciones biomédicas por parte de los actores que en ella intervienen. En ese proceso de transformación, el cuerpo es modificado, intervenido y tratado, a partir de prácticas preventivas, diagnósticas, de tratamiento y rehabilitación. Sin embargo, la presión arterial no solo se subsume al espacio corporal, sino que se posibilita en otras versiones que la vuelven múltiple, esto es, la “sacan del cuerpo” para involucrarse en un proceso mucho más amplio que incide sobre el accionar colectivo, vinculándose en redes socio materiales que dan forma y orden a diferentes procesos, así como a prácticas que superan el discurso del pensamiento moderno de la biomedicina.

Los ajustes y desajustes a que lleva la vinculación del discurso biomédico, tanto desde la morbilidad (diagnóstico) como del cuidado de la salud (promoción de la salud), implica una reorganización de la cotidianidad y de la vida. Tal reorganización involucra a la persona “diagnosticada” y su familia, planteando nuevos horizontes. Por ejemplo, la versión de la presión arterial como intrusa, impone retos en la asunción de una nueva realidad (cuerpo mórbido), conjuntamente con la adopción de procesos terapéuticos que reclaman continuidad, oportunidad y sistematicidad desde las recomendaciones de los cuidadores de salud, quienes habitan el modelo médico hegemónico, a tal efecto, las personas son sometidas a un proceso de aprendizaje para que el cuerpo se vaya componiendo y experimentando, de acuerdo con el sometimiento de las prácticas biomédicas.

Las prácticas de diagnóstico y tratamiento van conectando diferentes objetos, entidades y materialidades de tipo diverso a través de las definiciones establecidas en los protocolos y guías de atención para el tratamiento de la presión arterial, protocolos que emergen de la “evidencia clínica” donde no se incluyen prácticas locales para el cuidado de la salud. Las prácticas clínicas del protocolo, circunscriben discursos, antecedentes mórbidos, exámenes de laboratorio, pruebas complementarias, profesionales y técnicos de salud, requerimientos del sistema, fórmulas médicas, autorizaciones, tecnologías diagnósticas, entre otros; estas interaccionan con el cuerpo, tipificándolo y haciéndolo elegible a fin de ser intervenido por prácticas biomédicas y lograr ser sanado. Emergen de tal situación, dispositivos de poder para el control de la población; es decir, la biomedicina reproduce la construcción social de la anormalidad de la presión arterial para lograr el disciplinamiento de las personas y desde esta anormalidad, establecer formas de medicalizar la vida bajo un discurso “favorecedor de la vida”, normalizando actuaciones desde el sistema sanitario que terminan por la monopolización y regulación de prácticas.

De este modo, se permea la vida y su cotidianeidad con formas farmacéuticas para estabilizar la presión arterial, obligando al ajuste de las formas como se aborda el día a día: estableciendo horarios de consumo de fármacos, ajustes de los estilos de vida, gestiones administrativas del sistema de salud, asistencia a controles continuos, tamizajes fisiológicos y la construcción de itinerarios terapéuticos que trastornan el ejercicio laboral, la esfera mental, la dinámica familiar y los entramados sociales de amigos y vecinos. De esta manera, las prácticas realizadas en el escenario biomédico, implica serias restricciones en la incorporación de categorías que explican los fenómenos desde el “cuerpo social” donde los relacionamientos sociales, culturales, políticos y económicos aportan a la explicación de los padecimientos.

El análisis ontológico plantea hacer trascender una conceptualización plural de la presión arterial (donde hay varias formas de ver las cosas), a una conceptualización de multiplicidad, donde se habla de realidades múltiples compuesta por mundos diversos. Se puede declarar que esta entidad es, en sí misma, un hecho controvertido, al colocarla como un objeto dotado de agencia, múltiple y que actúa, además haciendo alusión a una existencia (un sustrato ontológico). Por otra parte, se puede declarar como un objeto controvertido que lleva al conocimiento que se produce de ella, a sus diferentes versiones y procedimientos epistémicos puestos en acción para analizarla y regularla. La presión arterial, antes de ser una entidad biomédica, es una expectativa, una posibilidad, movilizadora y ordenadora de acciones y procedimientos. Nunca actúa sola, actúa ensamblada con diferentes objetos, lugares, actantes, emociones, cuerpos, relaciones y diversas materialidades. Su conocimiento no depende de una serie de perspectivas, sino de diferentes versiones que la hacen en la práctica y es susceptible de ser actuada (es una cuestión ontológica). Deja de ser un concepto biomédico fijo y estable para convertirse en algo que debe hacerse, que está en continuo devenir frágil y contingente, producto de la interacción de heterogéneos (Deleuze y Guattari, 2004).

Al adquirir diferentes definiciones, surgen ciertos inconvenientes para lograr nombrar una entidad que en la práctica es más que una, pero menos que muchas (Strathern, 1991). Dicho esto, estamos ante la asunción de una ontología de la presión arterial. Esta ontología conduce a la puesta en escena de otras prácticas, otro conjunto de relaciones que hacen a la entidad de otras formas, encaminándonos a un cuestionamiento de orden político (Mol, 1999) al encontrarse en disputas de poder y autoridad en el sistema de salud colombiano donde la entidad manifiesta su agencia y moviliza “lo social” en términos de construcción de discursos, percepciones, respuestas y prácticas para el cuidado de la salud.

En el sentido de las implicaciones políticas de la presión arterial, hace alusión al orden. De acuerdo con Mol (1999), existen simultáneamente distintos órdenes definidos por las prácticas de conocimiento y la realidad, esta realidad puede transformarse, al igual que las redes de poder que las constituyen. En tales circunstancias, ¿cuál es la versión del objeto que interesa?; ¿se puede escoger?; ¿qué criterios se toman en consideración para seleccionar entre las diferentes versiones de la presión arterial? A la luz de los hallazgos de la investigación, existen formas dominantes de la presión arterial definidas por un proceso donde el modelo médico hegemónico, establece sus propias versiones de acuerdo con sus modalidades de operación. Estas versiones circulan por el entramado de relaciones del sistema sanitario y los contextos donde caminan las personas, allí se asumen como hechos y se establecen estándares definidos por intereses de la biomedicina generando órdenes técnico-científicos, morales, económicos y políticos.

Abordar empíricamente la presión arterial a través del rastreo de prácticas, materialidades y discursos de personas que viven con presión arterial alta, fue una contribución interesante para el estudio de fenómenos que han sido subsumidos en la singularidad. La indagación de las materialidades y la puesta en la mira de entidades humanas y no humanas (que apuesta a eliminar la dicotomía modernista natural-social), es posible a través del desplazamiento de las técnicas tradicionales de hacer etnografía y asumiendo técnicas conversacionales; en ese sentido, la praxiografía se convierte en un escenario enriquecido a fin de estimular la sensibilidad y aportar una lente de multiplicidad en el fascinante estudio de los fenómenos desde el campo social de la salud y la enfermedad donde las personas convergen para aliviar sus padecimientos.

La investigación se aleja de establecer aseveraciones en torno a la presión arterial, por el contrario, plantea insumos para continuar el proceso de reflexión sobre nuevas maneras de comprender los campos de información donde esta se construye, así como los procesos de investigación desde enfoques diversos que nos acerquen a una forma ampliada de entender la multiplicidad de los objetos que analizamos, conjuntamente con una mayor y mejor comprensión de la realidad en el entorno de los servicios y sistemas de salud.

Apoyos bibliográficos

- Abadía, C., Góngora, M., Platarrueda, C. (2013). Salud, normalización y capitalismo. Bogotá, Colombia: Universidad Nacional de Colombia. Facultad de Ciencias Humanas. Centro de Estudios Sociales (CES). Grupo de Antropología Médica Crítica. Ediciones desde abajo.
- Ahumada, C. (1996). El modelo neoliberal y su impacto en la sociedad colombiana. Bogotá, Colombia: El Áncora Editores.
- Allué, Marta. (2008) La piel curtida. Barcelona, Bellaterra, Serie General Universitaria (Sgu), No 85.
- Alves, P. C. (1993). A experiência da enfermidade: considerações teóricas. Cadernos Saúde Pública, 9(3), 263-271.
- Alves, P. C. (2015). Itinerário Terapêutico e os nexos de significados da doença. Política & Trabalho. Revista de Ciências Sociais, 42, 29-43.
- Appadurai, A. (2000). La vida social de las cosas. México D.F.: Conaculta.
- Arce-Vega, R., Ángeles-Llerenas, A., Villegas-Trejo, A., Ramos, C. (2017). Adherencia al tratamiento terapéutico en pacientes con enfermedad de Chagas del estado de Morelos. Revista Biomédica, 28(1), 25-37.
- Aschengrau, A., George S. (2003) Essentials of Epidemiology in Public Health, Sudbury Mass, Jones and Bartlett.
- Atkinson, P. (2015). For Ethnography. Londres: Sage Publications.
- Arrivillaga, M., Correa, D., Salazar, I. (2007). Psicología de la salud. Abordaje integral de la enfermedad crónica. Manual Moderno: Bogotá.
- Backett, E., Davies A., Petros-Barvazian A. (1995). El concepto de riesgo en la asistencia sanitaria. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.
- Baer, H., Singer., M, Susser I. (2003). Medical anthropology and the world system. Lon don: Green wood Pu blis hing Group.
- Bailey, G., Barner, J., Weems, J., Leckbee, G., Solis, R., Montemayor, D., Pope, N. (2012). Assessing barriers to medication adherence in underserved patients with diabetes in Texas. The Diabetes Educator, 38(2).
- Bang, C. (2011). Debates y controversias sobre el concepto de Participación Comunitaria en Salud: Una revisión histórica, en: Revista Eä –Humanidades Médicas & Estudios Sociales la Ciencia y la Tecnología, 3(2): 1-23. 2011a).
- Banzato, C., Zorzanelli, R. (2014). Superando a falsa dicotomia entre natureza e construção social: O caso dos transtornos mentais. Rev. Latinoam. Psicopatol Fundam, 17(1), 110-113.
- Barsky, A. (1988). The health paradox. N Engl J Med. 1988;318(7);414-8.
- Beaglehole, R., Ruth, B., Tord K. (2003). Epidemiología Básica, Washington, ops.
- Becker, H. (2018). Outsiders Hacia una sociología de la desviación. Buenos Aires: Editorial Siglo XXI.

Becker, H., Geer, B., Hughes, E., Strauss, A. (1961). *Boys in White: Student culture in medical School*. Chicago, University of Chicago Press.

Bellato, R., Santos, A., Castro, P. (2008), "O itinerário terapêutico como uma tecnologia avaliativa da integralidade em saúde", en Pinheiro, R, Gomes da Silvia, A y Araújo de Mattos,

Belloc, M. (2010). *Homem-sem-história. A narrativa como criação de cidadania* (Tesis doctoral). Departamento de Antropologia, Filosofia y Trabajo Social. Universitat Rovira i Virgili. Tarragona.

Belluck, P. (2017). First digital pill approved to worries about biomedical "big brother". Recuperado de: <https://www.nytimes.com/2017/11/13/health/digital-pill-fda.html>.

Benería, L. (1981). "Reproducción, producción y división sexual del trabajo". (6), 47-84.

Berg, M., Akrich A. (2004), «Introduction. Bodies on Trial: Performances and Politics in Medicine and Biology», *Body & Society*, 10 (2-3), pp. 1-12.

Berger P., Luckmann T. (1997). *Modernidad, Pluralismo y Crisis de sentido*. 2da edición. Barcelona: Paidós.

Bermingham, M., Hayden, J., Dawkins, I., Miwa, S., Gibson, D., McDonald, K., y Ledwidge, M. (2011). Prospective analysis of LDL-C goal achievement and self-reported medication adherence among statin users in primary care. *Clinical Therapeutics*, 33(9), 1180–1189.

Bernal, I. (2003). La familia en la determinación de la salud. *Rev. Cubana Salud Pública*. 29:50.

Bernasconi, O. (2015). ¿Qué nos hace ser individuos? Por un enfoque post-humano, pragmático y relacional. *Athenea Digital*, 205-229. doi:10.5565/rev/athenea.1402.

Blanca, J., Muñoz R., Hervás J., Fernández, C. (2006). El padecimiento de los enfermos con Síndrome Coronario Agudo. *Index de Enfermería*. 2006; 52-53: 20-24.

Bourdieu, P. (1977). *Outline of a theory of practice*. University Press, Cambridge.

Bourdieu, P. (1994). *Sociología y Cultura*. Traducción Martha Pou. México: Editorial Grijalbo. Consejo Nacional para la Cultura y las Artes, p. 34.

Bourdieu, P. (1996). *Cosas dichas*. Barcelona: Gedisa.

Bourdieu, P. (2002). *Conceptos básicos y construcción socioeducativa*. Universidad Pedagógica Nacional. Bogotá., p. 58.

Bourdieu P. (2010). *El sentido social del gusto. Elementos para una sociología de la cultura*. 2da edición, Argentina, Siglo Veintiuno Editores.

Bowner, J., Purcell, E. (1976). *Escuelas de Salud Pública Presente y Futuro*. Buenos Aires: El Ateneo.

Breilh, J. (2010). "La epidemiología crítica: una nueva forma de mirar la salud en el espacio urbano". *Salud Colectiva* 6 (1): 83. <https://doi.org/10.18294/sc.2010.359>.

Breilh, J. (2013). "La determinación social de la salud como herramienta de transformación hacia una nueva salud pública (salud colectiva)". *Revista Facultad Nacional de Salud Pública* 31: 13–27.

Bleda, J. (2006). Determinantes sociales de la salud y de la enfermedad. *Revista Castellano-Manchega de Ciencias Sociales*. 7(1), 149-160 doi:10.20932/barataria.v0i7.241.

- Briceño-León, R. (2003). «Las ciencias sociales y la salud: un diverso y mutante campo teórico.» *Ciencia & Saúde Colectiva* 8, nº 1 (2003): 33-45.
- Brody, J. (1972). "Drive on High Blood Pressure Urged," *New York Times*.
- Bronfman, M. (2001). *Cómo se vive se muere. Familia, redes sociales y muerte infantil*, Lugar Editorial, Buenos Aires.
- Bueger, C. (2014). Pathways to practice: Praxiography and international politics. *European Political Science Review*, 6(3), 383-406. doi:10.1017/S1755773913000167.
- Bury, M. (1982) "Chronic illness as biographical disruption". *Sociology of Health and Illness*, 4(2), pp. 167-82.
- Buzzi, A. (2007) *A existencia humana no mundo*. 16ªed. São Paulo(SP): Vozes.
- Cabral, A., Martinez-Hernaez, A., Andrade, E. y Cherchiglia, M. (2011). Itinerários terapêuticos: o estado da arte da produção científica no Brasil. *Ciênc. saúde coletiva*, 16(11), 4433-4442.
- Cambrosio, A., Keating, P., Weisz, G. (2006). Regulatory objectivity and the generation and management of evidence in medicine. *Social Science & medicine*, 63(1), 189- 199.
- Castel, P. (2009). What's Behind a Guideline? Authority, Competition and Collaboration in the French Oncology Sector. *Social Studies of Science*, 39(5), 743-764.
- Charlton, B. (1997). Restoring the Balance: Evidence-Based Medicine put in its Place. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 3(2), 97-98.
- Callon, M. (1986): "The Sociology of an Actor-Network: The Case of the Electric Vehicle", en M. Callon; J. Law y A. Rip.
- Callon, M. (1995). Algunos elementos para una sociología de la traducción: domesticación de las vieiras y los pescadores de la bahía de St. Br. En J. M. Iranzo, J. R. Blanco, T. G. Fe, C. Torres y A. Cotillo (Eds.), Madrid: Consejo Superior de Investigaciones Científicas.
- Callon, M. (1998). Los mercados y la performatividad de las ciencias económicas. *Apuntes de Investigación del Cecyp*, 1 (14), 11-68.
- Callon, M. (1999). The Role of Lay People in the Production and Dissemination of Scientific Knowledge. *Science Technology & Society* 4 (1): 81-94.
- Callon, M., Latour, B. (1990). *La science telle qu'elle se fait*. Anthologie de la sociologie des sciences de langue anglaise. Paris: La Découverte.
- Calvo-Gonzalez, E. (1997). Building bodies in medical consultations: An ethnography of arterial hypertension in Salvador, Bahia. *Caderno CRH*, [s. l.], v. 24, n. 61, p. 81-96, [s.d.].
- Campos-Navarro R. (1997). Curanderismo, medicina indígena y proceso de legalización. *Nueva Antropol* 1997;52:67-87.
- Canguilhem, G. (1990). *Lo normal y lo patológico*. Buenos Aires: Siglo Veintiuno Editores; 1971.
- Caponi, S. (2010). Georges Canguilhem: del cuerpo subjetivo a la localización cerebral. *Salud Colectiva*, 6(2),149-161.[fecha de Consulta 3 de Junio de 2022]. ISSN: 1669-2381.

- Castellanos, F., Eslava, D. (2014). Me dijeron que soy crónico: lo que estoy haciendo para cuidarme. *Investigación en Enfermería: Imagen y Desarrollo*, [s. l.], v. 16, n. 1, p. 11–25, 2014.
- Castillo, J., Tirado, F. (2012). Una aproximación simétrica al cáncer de mama: heterogeneidad, regulación y corporización. *Athenea Digital* - 12(3): 163-185 ISSN: 1578-8946.
- Castro, R. (2004). *Ética para un rostro de arena: Michel Foucault y el cuidado de la libertad*. Madrid: Universidad Complutense de Madrid.
- Castro, S. (1988). *El concepto de racionalización en la teoría social contemporánea*. Colombia: Pontificia Universidad Javeriana.
- Cefai, D. (2013). ¿Qué es la etnografía? *Debates contemporáneos. Arraigamientos, operaciones y experiencias del trabajo de campo. Persona y Sociedad*, XVII(1), 101-119.
- Cockerham, W. (2005). Health lifestyle theory and the convergence of agency and structure. *J Health Soc Behav*. 2005; 46(1): 51-67.
- Coelho, S., Velludo, E., García, E., Rezende, E. (2015). La religiosidad en la curación de la persona con hipertensión arterial sistémica. *Index de Enfermería*, 24(4), 207-211.
- Coelho, S., Vasconcellos, M. (2006). "Negociando fronteiras entre culturas, doenças e tratamentos no cotidiano familiar", *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, vol. 13, no. 1, p. 113-28.
- Comelles, J. (1988). *La razón y la sinrazón: asistencia psiquiátrica y desarrollo del estado en la España contemporánea*. Barcelona: Promociones y Publicaciones Universitarias, PPU.
- Comelles, J., Martínez A. (1993). *Enfermedad, Cultura y Sociedad*. Madrid: Eudema.
- Comelles, J. (1993) "La utopía de la atención integral en salud. Autoatención, práctica médica y asistencia primaria". *Revisiones en Salud Pública*, 3, pp. 169-92
- Comelles, J. et al. (comps.). (2010). *Migraciones y salud*. Tarragona: Publicacions URV.
- Conrad, P. (1982). "Sobre la medicalización de la normalidad y el control social". En: D. Ingleby (comp.) *Psiquiatría crítica. La política de la salud mental*. Barcelona, Crítica, 129-154.
- Conrad, P., Schneider, J. (1985). *Deviance and Medicalization. From Badness to Sickness*. Columbus, Ohio, Merrill Publishing Company.
- Conrad P. (1992). "Medicalization and Social Control." *Annual Review of Sociology* 18: 209-32.
- Contreras, J. (2002) «La obesidad: una perspectiva sociocultural», *Formación Continuada en Nutrición y Obesidad* 2002; 5(6): 275-86
- Contreras, J., Gracia, M. (2005) *Alimentación y cultura. Perspectivas antropológicas*. Barcelona: Ariel.
- Correa, M. (2009). *Radio Nikosia: la rebelión de los saberes profanos (otras prácticas, otros territorios para la locura)* (Tesis Doctoral) Departamento de Antropología, Filosofía y Trabajo Social. Universitat Rovira i Virgili. Tarragona.
- Csordas, T. (2011). "Embodiment as a Paradigm for Anthropology", *ETHOS* Volume 18, Number 1, pp. 5-45.

- Csordas, T. (1999). "Embodiment and cultural phenomenology", En: WEISS, Gail; Haber Fern, Honi *Perspectivas Qn embodiment*. Routledge, New York. pp. 143-162.
- De Almeida-Filho, N. (2000). *La ciencia tímida. Ensayos de deconstrucción de la epidemiología*. Buenos Aires: Lugar Editorial; 2000.
- De Almeida-Filho, N (2006), "Complejidad y Transdisciplinariedad en el Campo de la Salud Colectiva: Evaluación de Conceptos y Aplicaciones", *Salud colectiva*, vol.2, no.2, pp. 123-146.
- De la Cadena, M. (2017). *¿Qué son, quiénes son y qué quiere decir seres de la tierra? Ontología y desarrollo, política y otra-política*. Lima. CLAES.
- De la Pienda, A., Pachón, R. (1999). "Un diagnóstico antropológico de la medicina científica". *Thémata, Revista de filosofía*, No. 21 (pp. 139-165)
- De Laet, M., Mol. A. (2000). "The Zimbabwe Bush Pump: Mechanics of a Fluid Technology." *Social Studies of Science* no. 30 (2):225-263. doi: 10.1177/030631200030002002.
- De Miguel, M. (1980). "Introducción al campo de la Antropología médica" en Kenny, M y De Miguel, JM, *La Antropología médica en España*, Editorial Anagrama, Barcelona, pp. 11-40.
- Deleuze, G. Guattari, F. (2004). *Mil Mesetas. Capitalismo y esquizofrenia* (8ª ed.). Valencia: Pre-Textos.
- DiMatteo, M., Giordani, P., Lepper, H., Croghan, T. (2002). Patient adherence and medical treatment outcomes: A meta-analysis. *Medical Care* V. 40, Pp. 794–811.
- Douglas, M., Aaron W. (1982), *Risk and Culture. An Essay on the Selection of Technological and Environmental Dangers*, University of California Press, Berkeley, Los Ángeles.
- Douglas, M. (1984). *Símbolos naturales*. Madrid: Alianza Editorial; 1984. pp. 89-98
- Douglas, M. (1987), "Les études de perception du risque: un état de l'art", en Jean-Louis Fabiani y Jacques Thies, *La Société vulnérable. Évaluer et maîtriser les risques*, École Normale Supérieure, París, pp. 55-60.
- Douglas, M. (1995) «Las estructuras de lo culinario». En Contreras, Jesús (Comp.) *Alimentación y cultura. Necesidades, gustos y costumbres*. México: Alfaomega Grupo Editor. Barcelona: Universidad de Barcelona.
- Dressler, W., Bindon, J. (1997). Social status, social context, and arterial blood pressure. *Am. J. Phys. Anthropol.*, 102: 55-66.
- Drummond M., O'Brien J., Stoddart, G., Torrance, G. (2007). *Conceptos básicos de evaluación económica*. En: *Métodos para la evaluación económica de los programas de asistencia sanitaria*. Madrid: Díaz de Santos; p. 7-30.
- Durkheim, E. (1982). *El suicidio*. Madrid: Akal.
- Dussel, E. (2010). *La producción teórica de Marx*. Caracas, Venezuela: Fundación Editorial El perro y la rana.
- Epele, M. (1997). *La lógica del (auto) cuidado y sus consecuencias en la institucionalización médica del VIH-Sida*. Actas del V Congreso Argentino de Antropología Social. La Plata.

Estroff, S. (1985). *Making it Crazy: An Ethnography of Psychiatric Clients in an American Community*. Berkeley and Los Angeles: University of California Press.

Esunge, P. (1991). «From blood pressure to hypertension: the history of research». *Journal of the Royal Society of Medicine (Royal Society of Medicine Press)* 84 (10): 621. PMID 1744849

Fairclough, N. (1992). *Language and power*. London: Longman.

Fals-Borda, O. (1978). El problema de cómo investigar la realidad para transformarla, en Simposio Mundial de Cartagena, Crítica y política en ciencias sociales, Bogotá, Punta de Lanza-Universidad de Los Andes, Vol. I, pp. 209-249. 1978.

Fajreldin, V. (2006). *Antropología Médica para una Epidemiología con enfoque Sociocultural. Elementos para la Interdisciplina*. *Ciencia & Trabajo*;8(20), 95-102.

Farmer, P. (2004). "An anthropology of structure violence," en *Current Anthropology* 45(3): 305-325.

Fassin, D. (2008). *El hacer de la salud pública*. París: Publicación de la Escuela de altos estudios en salud.

Freeman, R., Maybin, J. (2011), 'Documents, practices and policy', *Evidence & Policy: A Journal of Research, Debate and Practice* 7(2): 155–170.

Feixa, C. (1994) «El teatro de l'hegemonia. Revisitació de Gramsci». *el contemporani*, 2: 27-33, Universitat de Barcelona. Gramsci, Antonio (1981) *Cuadernos de la cárcel*; edición crítica del Instituto Gramsci a cargo de Valentino Gerratana. Tomo 1. México D.F.: Era.

Fischler, C. (1995). *El (h)omnívoro. El gusto, la cocina y el cuerpo*. Barcelona, :Anagrama, 1995.

Field, M., Lohr, K. (1990). *Clinical Practice Guidelines. Direcciones for a New Program*. Washington, D.C.: National Academy Press.

Fisher, J. (1922). *The Diagnostic Value of the Use of the Sphygmomanometer in Examinations for Life Insurance* (Milwaukee: Northwestern Mutual Life Insurance Co., 1922)

Fishman, J. (2004). *Manufacturing Desire: The Commodification of Female Sexual Dysfunction*. *Social Studies of Science*, 34(2), 187-218.

Floyd, R. (2001). *The technocratic, humanistic and holistic paradigms of childbirth*. Londres: *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 75, S5-S23.

Fondo Colombiano de Enfermedades de Alto Costo, Cuenta de Alto Costo (CAC). (2021). *Situación de la enfermedad renal crónica, la hipertensión arterial y la diabetes mellitus en Colombia 2020*; Bogotá D.C.

Forcades, I., Vila, T. (2012). *La medicalización de los problemas sociales*. *Rev Cuba Salud Pública*. 2012;38(5):803–9.

Foucault, M. (1963). *El nacimiento de la Clínica, una arqueología de la mirada médica*. Siglo XXI Editores.

Foucault, M. (1975). *Vigilar y Castigar. Nacimiento de la prisión*. Madrid, Siglo XXI de España.

- Foucault, M. (1976a). La política de la salud en el siglo XVIII. En Julia Varela y Fernando Álvarez Uría (Comps.), *Obras Esenciales, Volumen II. Estrategias de Poder* (pp. 327-342). Barcelona: Paidós Ibérica.
- Foucault, M. (1976b) La crisis de la medicina o la crisis de la antimedicina. *Educación médica y salud*. 10(2). 152-169.
- Foucault, M. (1977). "Historia de la medicalización" *Educación Médica y Salud*, Año 1, Nº 11 pp. 3-24).
- Foucault, M. (1979). *Microfísica del poder*. Madrid, Las Ediciones de La Piqueta.
- Foucault, M. (1991). El juego de Michel Foucault. En J. Varela y F. Álvarez-Uría (Eds.), *Saber y Verdad* (pp. 127-162). Madrid: La Piqueta.
- Foucault, M. (1995a). ¿Qué es un dispositivo? Barcelona: Gedisa.
- Foucault, M. (1995). *Tecnologías del yo*. Barcelona. Ed. Paidós Ibérica.
- Foucault, M. (1996). *La vida de los hombres infames*. La Plata: Altamira.
- Foucault, M. (2004). *Seguridad, Territorio y Población*. Curso del Collège de France (1977-1978). Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica.
- Foucault, M. (2005). *Historia de la sexualidad. La voluntad del saber* (30th ed.). Argentina: Siglo XXI.
- Foster, G. (1978). *Medical Anthropology*. New York: John Wiley K Sons.
- Fox, E. (1991). *Reflexiones sobre género y ciencia*. Edicions Alfons el Magnanim.
- Fox, D. (1999). Comment: epidemiology and the new political economy of medicine. *Am J Public Health*. Apr;89(4):493-6.
- Freidson, E. (1978). *La profesión médica*. Barcelona: Península.
- Gálvez, A. (2002). *La medicina bajo sospecha. Siete ejercicios especulativos*. Granada: Fundación Index.
- Gazzinelli, M., Gazzinelli, A., Reis, D., Penna, C. (2005). Educação em saúde: conhecimentos, representações sociais e experiências da doença. *Cad Saude Publica* 2005 jan/fev; 21(1): 200-06.
- Geertz, C. (1973). *The Interpretation of Cultures*, Basic Books Inc., New York.
- Geertz, C. (1980). Blurred genres: "The refiguration of social thought", en *American Scholar* núm. 80, pp. 165-79.
- Geertz, C. (1987). "Descripción densa: hacia una teoría interpretativa de la cultura". En *La interpretación de las culturas*. Traducción de Alberto L. Bixio. Barcelona: Gedisa.
- Gergen, K. (2007). *Construccionismo social. Aportes para el debate y la práctica*. (Editorial Uniandes, Colombia).
- Giddens, A. (1994). *The consequences of Modernity*. Standford, California: Stanford University Press.
- Giddens, A. (1995). *Modernidad e identidad del yo: el yo y la sociedad en la época contemporánea*, Barcelona, Ediciones Península.

- Ginzberg, E. (1965). The political economy of health. *Bull N Y Acad Med.* Oct;41(10):1015-36.
- Goffman, E. (1998). *Internados*. Buenos Aires: Amorrortu ediciones.
- Goffman, E. (2001). *La presentación de la persona en la vida cotidiana*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Good, B. (1994): «La representación narrativa de la enfermedad». *Medicina, racionalidad y experiencia*. Barcelona: Bellaterra.
- Good, B., Kleinman, A. (1999). *Pain as Human Experience. An Anthropological Perspective*. Berkeley: University of California Press.
- Gracia, M., Comelles, J. (Eds.) (2007) *No comerás. Narrativas sobre comida, cuerpo y género en el nuevo milenio*. Barcelona: Icaria editorial.
- Granada, P. (1999) "El campo de la salud como espacio de construcción simbólica". *Revista de Ciencias Humanas*, (20), pp. 1-5.
- Grassi, E. (2003). *Políticas y problemas sociales en la sociedad neoliberal: la otra década infame (1)*. Buenos Aires, Espacio.
- Greene, J. (2006). *Prescribing by numbers: Drugs and the definition of disease*. Johns Hopkins University Press, 318 p.
- Greene, J. (2015). *Releasing the Flood Waters: Diuril and the Reshaping of Hypertension*. En J. Greene y S. Sismondo (Eds.), *The Pharmaceutical Studies Reader* (pp. 51-69). New Jersey: Wiley Blackwell.
- Grimberg, M. (1995). *Teorías, Propuestas y Prácticas Sociales. Problemas teóricos metodológicos en Antropología y Salud: Álvarez, M. y Barreda, V(Editores)*. Cultura, salud y enfermedad. Buenos Aires: Instituto Nacional de Antropología y Pensamiento Latinoamericano.
- Grossi, M. (1992). *Trabajo de campo y subjetividad*. Grupo de estudios de género y subjetividades. Universidad Federal de Santa Catarina. Brasil.
- Guba, E., Lincoln, S. (1985). *Guidelines and checklist for constructivist (a.k.a. fourth generation) evaluation*. Sage publications. EEUU., 1-15.
- Guerra, Y. (2012). *Medicina y Derecho: el control de la vida y la muerte del individuo, desde la norma*. *Revista Prolegómenos - Derechos y Valores*, XV (29), 67-77. doi: 10.18359/prole.2369
- Guimarães de Souza, T., Oliveira, A., Capriata de Souza, R., Fernandes, C., Ferreira, R. (2016). *Malaria knowledge and treatment adherence in a Brazilian Amazon community*. *Journal of Infection in Developing Countries*, 10(11), 1258-1264. doi: 10.3855/jidc.7129
- Gutiérrez, J., Muñoz, R., Caraballo, M., Expósito, M., Sáez, R., Fernández, M. (2008). *La intimidad en el Hospital. La experiencia de los pacientes, sus familias y las enfermeras*. *Index Enferm [Revista en internet]* 17(2).
- Gutiérrez, F. (2007). *Participación ciudadana y pobreza en Colombia*. Bogotá: Departamento Nacional de Planeación; p. 170.
- Gutiérrez, A. (2004). "Poder, habitus y representaciones: recorrido por el concepto de violencia simbólica en Pierre Bourdieu" en *Revista Complutense de Educación*. Vol. 15 Núm. 1, 2004, 289-300. ISSN: 1130-2496.

- Haber, A. (2011). Nometodología Payanesa: Notas de Metodología Indisciplinada. *Revista Chilena de Antropología*, 9-49.
- Habermas, J. (1989). *El discurso filosófico de la modernidad*. Taurus, Madrid.
- Hacking, I. (1999). *The Social Construction of What?* London: Harvard University Press.
- Hahn, R. (1995) *Sickness and healing: An anthropological perspective*. Yale University Press, Yale.
- Haraway, D. (1989). *Primate Visions: Gender, Race, and Nature in the World of Modern Science*. New York: Routledge.
- Haraway, D. (1995). *Ciencia, cyborgs y mujeres: la reinención de la naturaleza*. Madrid: Ediciones Cátedra.
- Harding, S. (1996). *Ciencia y feminismo*. Madrid: Ediciones Morata.
- Harvey, D. (2007). *Breve historia del neoliberalismo*. Primera reimpresión, 2009. Madrid, España: Ediciones Akal, S. A, 2007.
- Haynes, R. (1979). *Compliance in health care*. (1-7). Baltimore: John Hopkins University Press.
- Heath, F. (1958). "Diuril Meetings," memorandum, 1958, folder 3, Diuril Papers.
- Hernández, T., Arenas, M., Valde, S. (2001). El cuidado a la salud en el ámbito doméstico: interacción social y vida cotidiana. *Revista de Saúde Pública*, 2001, 35(5), 443-450.
- Holmwood, J. (2005). Functionalism and its critics. En A. Harrington (ed.), *Modern Social Theory: An Introduction* (pp. 87-110). Oxford: Oxford University Press.
- Huerta-Alvarado, S. (2001). Reflexión médico-antropológica, desde la perspectiva de Pierre Bourdieu para la atención del enfermo renal (ER). *Rev Hosp Gral Dr. M Gea González*. 2001; 4(4): 127-129.
- Ibáñez, M., Guallart, R. (2004). Humanización y tecnología sanitaria ante el proceso final de la vida. *Index de Enfermería*. 2004; 46: 49-53
- Ibáñez, R. (2014). *Bad to eat? Empirical explorations of fat*. (Tesis doctoral en Filosofía, Lógica y Estética). Universidad de Salamanca.
- Ibáñez, R. (2017). "Enactment". En E. Ortega Arjonilla, M. Rosón y R. Platero Méndez (Eds.). *Barbarismos queer y otras esdrújulas*, Barcelona: Bellaterra; p. 21-24.
- Ilard, M. (2004). La construcción de la salud y de la enfermedad. *Revista Española de Investigaciones Sociológicas*, 1990, núm. 51, vol. 1, pp. 79-89.
- Illich, I. (1975). *Némesis médica. La expropiación de la salud*. México: Barral editores; 218 p.
- Illich, I. (1976). *Limits to Medicine. Medical Nemesis: The Expropriation of Health*. New York: Phanteon Boo.
- Inda, G. (2008). La sociología política de Émile Durkheim: la centralidad del problema del Estado en sus reflexiones del periodo 1883-1885. *Andamios*, 4(8), 135-168.
- Jacobs, A., Kemppainen, J., Taylor, J., Hadsell, C. (2014). Beliefs about diabetes and medication adherence among Lumbee Indians living in rural Southeastern North Carolina. *Journal of Transcultural Nursing*, 25(2), 167-175. doi: 10.1177/1043659613515718

- Joffe, H. (2003). "Risk: From Perception to Social Representation", en *British Journal of Social Psychology*, Vol. 43, pp. 55-73.
- Jones, J. (2004). Religion, health, and the psychology of religion: how the research on religion and health helps us understand religion. *Journal of Religion and Health*;43(4): 317-328.
- Johnson, J. (1991) "Learning to live again: the process of adjustment following a heart attack". En: Janice M. Morse; Joy L. Johnson (eds.). *The illness experience: dimensions of suffering*. Newburg Park, California, Sage, pp. 17-8.
- Jutel, A. (2011a). Classification, disease, and diagnosis. *Perspectives in Biology and Medicine*. 54(2), 189-205.
- Jutel, A. (2011b). *Putting a Name to it. Diagnosis in contemporary society*. Baltimore: Johns Hopkins University Press
- Kardas, P., Lewek, P., Matyjaszczyk, M. (2013). Determinants of patients adherence: A review of systematic review. *Pharmaceutical Medicine and Outcomes Research*, 91(4). doi: 10.3389/fphar.2013.00091
- Kempner, E. (1944). "Treatment of Kidney Disease and Hypertensive Vascular Disease with Rice Diet," *North Carolina Medical Journal* 5 (1944): 125, 273.
- Keith, N., Wagener, P., Barker, N. (1939). "Some Different Types of Essential Hypertension: Their Course and Diagnosis," *American Journal of the Medical Sciences* 196 (1939): 332-43.
- Kleinman, A. (1977). "Depression, somatization and the new cross-cultural psychiatry". En *Social Science and Medicine*, 11(3):3-10.
- Kleinman, A. (1980). *Patients and healers in the context of culture*, University of California Press, Berkeley.
- Kleinman, A. (1988). *The Illness Narratives: Suffering, Healing, And The Human Condition*. New York: Basic Books.
- Kleinman, A. (1995). *Writing at the margin: discourse between anthropology and medicine*. California: University of California Press.
- Kleinman, A. (2000). Lo moral, lo político y lo médico. En González E y Comelles J (eds.) (p.13-35) *Psiquiatría Transcultural*. Madrid: Asociación Española de Neuropsiquiatría.
- Kleinman, A., Csordas, T. (1996). "The therapeutic process". En *Medical Anthropology. Contemporary Theory and Method*. Sargent, C. and T. Johnson, eds. Westport: Praeger Publishers.
- Kohn, E. (2015). Anthropology of Ontologies. *Annual Review of Anthropology* 44(1): 311-27.
- Kruif, P. (1959). "New Hope for Overloaded Hearts," *Reader's Digest*, April 1959, 44-46.
- Laín-Entralgo, P. (1964). *La relación médico-enfermo*. Historia y teoría. Editorial Revista de Occidente. Madrid.
- Langdon, E., Wiik, F. (2010). Anthropology, health and illness: an introduction to the concept of culture applied to the health sciences. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. mai-jun 2010;18(3):459-66.

- Langdon, E. (2014). *La negociación de lo oculto. Chamanismo, medicina y familia entre los siona del bajo Putumayo*. Editorial: Universidad del Cauca. ISBN: 9789587321432.
- Lange, K. (2016). *Compatibilidades en las Multiplicidades: El uso de dispositivos médicos en la sala de operaciones*. Universidad Nacional de Colombia. Facultad de Medicina, Doctorado Interfacultades en Salud Pública Bogotá, Colombia.
- Latour, B. (1988). *The pasteurization of France*. Cambridge: MA: Harvard University Press.
- Latour, B. Woolgar, S. (1989). *La vida del Laboratorio. La construcción de los hechos científicos*. Alianza Universidad. España.
- Latour, B. (1996). "On actor-network theory. A few clarifications plus more than a few complications".
- Latour, B. (1999). *La Esperanza de Pandora. Ensayos sobre la realidad de los estudios de la ciencia* (Trad. Tomás Fernández Aúz). Barcelona: Gedisa.
- Latour, B. (2004a). *Politics of Nature. How to Bring the Sciences into Democracy*. Cambridge: Harvard University Press.
- Latour, B. (2004b) "How to talk about the body? The normative dimension of science studies" en *Body & society* N° 10(2-3)
- Latour, B. (2005). *Reensamblar lo social*. (Trad. G. Zadunaisky). Buenos Aires: Manantial.
- Latour, B. (2007). *Nunca fuimos modernos. Ensayo de antropología simétrica*. Madrid: Siglo XXI Editores.
- Law, J. (1999). After ANT: complexity, naming and topology. En *Actor Network Theory and after*, 1-14. Editado por John Law y John Hassard. Oxford: Blackwell.
- Law, J., Mol, A. (2002). *Complexities: social studies of knowledge practices, Science and cultural theory*. Durham: Duke University Press.
- Law, J. (2004). *After method. Mess in social science research*. Nova Iorque, Routledge.
- Law, J. (2009). Actor Network Theory and Material Semiotics, in B. Turner Ed., *The New Blackwell Companion to Social Theory*, Oxford, Blackwell Publishing, pp. 141-158.
- Law, J. (2010), 'The double social life of method'. Paper presented at the 6th Annual CRESC conference on the Social Life of Method, 31 August–3 September, St Hugh's College, Oxford.
- Law, J., Lien, M. (2013). Slippery: Field notes in empirical ontology. *Social Studies of Science*, 43 (3), 363–378.
- Law, J., Mol, A. (1995). "Notes on materiality and sociality." *The Sociological Review* no. 43 (2):274-294. doi: 10.1111/j.1467-
- Law, J., Mol, A. (2008). "Globalisation in practice: On the politics of boiling pigswill." *Geoforum* no. 39 (1):133-143. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.geoforum.2006.08.010>.
- Le Breton, D. (1995). *Antropología del cuerpo y modernidad*. Buenos Aires: Nueva Visión.
- Le Breton, D. (2008). *Sociología del cuerpo*, Buenos aires, Claves, Ediciones Nueva Visión.

- Lévi-Strauss, C. (1977). *Antropología Estructural*. Editorial Universitaria.
- Livingstone, J., Boyd, J. (2010). Correlates and consequences of internalized stigma for people living with mental. *Social Science & Medicine*, 2150-2161.
- Lock, M., Deborah, D. (1988). *Biomedicine Examined*. Dordrecht: Kluwer.
- Lock, M. (1993). "Cultivating the Body: Anthropology and Epistemologies of Bodily Practice and Knowledge". *Annual Review of Anthropology* 22: 133-155.
- Lock, M., y Scheper-Hughes (1996). "A critical interpretative approach in Medical Anthropology: Rituals and Routines of Discipline and Dissent." En *Medical Anthropology. Contemporary Theory and Method*. Sargent, C. and T. Johnson, eds. Wesport: Praeger Publishers.
- Lolas, F. (1997) *Más allá del cuerpo: la construcción narrativa de la salud*. Santiago de Chile, Andrés Bello.
- Londoño, J., Julio, F. (1997). *Pluralismo Estructurado: Hacia un Modelo Innovador para la Reforma de los Sistemas de Salud en América Latina*. Banco Interamericano de Desarrollo.
- Losonczy, A. (2006). La trama interétnica. ritual, sociedad y figuras de intercambio entre los grupos negros y embera del Chocó. Bogotá, Instituto Colombiano de Antropología e Historia/Instituto Francés de Estudios Andinos, Pp.391.
- Lupton, D. (2012). *Medicine as Culture. Illness, Disease and the Body*. London: Sage Publication.
- Machado C., Stipp, M., Leite, J. (2005). Clientes com hipertensão arterial: Perspectivas da gerencia do cuidado de enfermagem. *Esc Anna Nery Rev Enferm* 2005 abr; 9 (1): 64-71.
- Major RH. The History of Taking the Blood Pressure. *Ann Med Hist*. 1930 Jan;2(1):47-55. PMID: 33944334; PMCID: PMC7945793.
- Mann, R. (1978). The statistical way of inquiry of the reverend Stephen Hales, 1677- 1761. *Mayo Clinic Proceedings* ;53(3): 191-4.
- Marengo, M., Suarez-Almazor, M. (2015). Improving treatment adherence in patients with rheumatoid arthritis: What are the options? *International Journal of Clinical Rheumatology*, 10(5), 345-356. doi: 10.2217/ijr.15.39
- Martín, L. (2006). Repercusiones para la salud pública de la adherencia terapéutica deficiente. *Revista Cubana de Salud Pública*, 32(3).
- Martínez, F. (2002). Enfermedad y padecer. Ciencia y humanismo en la práctica médica. Historia y filosofía de la medicina. *Anales Médicos*. 2002; 47(2): 112-117.
- Martínez, S. (2016). *El cuerpo en anatomización. Práctica, materialidad y experiencia en el anfiteatro médico contemporáneo*. Universidad de los Andes, Doctorado en antropología. Bogotá.
- Martínez-Hernández, A. (2007). Introducción a la antropología médica. Chapter: Cultura, enfermedad y conocimiento médico. Publisher: OSALDE Editors: Mari Luz Esteban (Universitat Rovira i Virgili (pp.11-44)
- Martínez-Hernández, A. (2008). *Antropología Médica. Teorías sobre la cultura, el poder y la enfermedad*. Barcelona: Anthropos.

Martínez-Hernández, A. (2011). Mantener el asombro. [edit]. Saúde & Transformação Social, vol. 2 (1), pp. i-iii.

Martínez-Hernández, A., Di Giacomo, S. (2013). Evidencias y narrativas en la atención sanitaria. Una perspectiva antropológica Editores: Universitat Rovira i Virgili, Publicacions URV. España.

Mauss, M. (1979). "Técnicas y movimientos corporales", en M. Mauss, Sociología y antropología, Madrid, Tecnos, pp. 337-356.

Mbembe, A. (2011). Necropolítica seguido de Sobre el gobierno privado indirecto. Santa Cruz de Tenerife: Melusina.

Menéndez, E. (1981). La crisis del modelo médico y las alternativas autogestionarias en salud. Revista Alteridades. 19(7): 65-90.

Menéndez, E. (1983). Hacia una práctica médica alternativa hegemónica y autoatención en salud. Cuadernos de la Casa Chata, 86. México, Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social (Ciesas).

Menéndez, E. (1984). El modelo médico hegemónico: transacciones y alternativas hacia una fundamentación teórica del modelo de autoatención en salud". En: Arxiu d'Etnografia de Catalunya, 3, pp. 83-119.

Menéndez, E. (1988). Modelo Médico Hegemónico y atención primaria. Segundas jornadas de atención primaria de la salud. 30 de abril al 7 de mayo, Buenos Aires. p. 451-64.

Menéndez, E. (1990). Antropología médica. Orientaciones, desigualdades y transacciones. Ediciones de la Casa Chata. México.

Menéndez, E. (1992). Modelo hegemónico, Modelo alternativo subordinado, Modelo de atención. Caracteres estructurales, en La Antropología Médica en México, Universidad Autónoma Metropolitana, México, 1ª. Edición, pp.97-113.

Menéndez, E. (1992). Grupo doméstico y proceso salud/enfermedad/atención: del teoricismo al movimiento continuo. Cuadernos médico sociales, 59, 3-18 p.

Menéndez, E. (1994). La enfermedad y la curación. ¿Qué es medicina tradicional?, Revista Alteridades, vol. 4, no. 7, pp. 71-83.

Menéndez, E. (1996). El saber popular como proceso de transformación. Tipos de articulación entre la biomedicina y la medicina popular. En: González Alcantud, José Antonio y Rodríguez Becerra, Salvador (eds.). Creer y Curar: La Medicina Popular, pp. 31-61.

Menéndez, E. (1998a). Participación social en salud como realidad técnica y como imaginario social privado. Cuadernos Médico Sociales, 73, 5-22.

Menéndez, E. (1998b) "Estilos de vida, riesgos y construcción social. Conceptos similares y significados diferentes". Estudios Sociológicos.

Méndez, E. (2000). "Los Rostros y los Efectos del Medicamento. Un Análisis Socio-Cultural". FERMENTUM Revista Venezolana de Sociología y Antropología 10: 513-538.

Menéndez, E. (2002) La parte negada de la cultura. Relativismo, diferencias y racismo. Barcelona, Bellaterra, Serie General Universitaria (Sgu), n.º 16.

- Menéndez, E. (2003) «Modelos de atención de los padecimientos: de exclusiones teóricas y articulaciones prácticas». *Ciência & Saúde Coletiva*, 8 (1), Río de Janeiro.
- Menéndez, E. (2005a). “El Modelo Médico y la Salud de los Trabajadores” en *Revista Salud Colectiva*, Vol 1 N°1, pp. 9-32, La Plata.
- Menéndez, E. (2005b), “Intencionalidad, experiencia y función”, *Revista de Antropología Social*, vol.39, no.14, pp. 33-69.
- Menéndez, E. (2008). *Epidemiología sociocultural: propuestas y posibilidades. Región y sociedad XX* (número especial 2): 5-50.
- Menéndez E. (2009). *De sujetos, saberes y estructuras. Introducción al enfoque relacional en el estudio de la salud colectiva*. Buenos Aires: Lugar Editorial; 2009. p: 109.
- Menéndez, E. (2012). *Antropología Médica. Una genealogía más o menos autobiográfica*. *Gazeta de Antropología* 28 (2012): 1-12.
- Menéndez, E. (2018). *Autoatención de los padecimientos y algunos imaginarios antropológicos*. *Revista de Ciencias Sociales*, ISSN-e 2448-5144, ISSN 1607-050X, N°. 58.
- Menéndez, E., Spinelli, H. (2006). *Participación social ¿para qué?* Buenos Aires: Editorial Lugar.
- Mennell, S J.; Murcott, A, Van, A. (1992). *The sociology of food. Eating, diet and culture*. Londres: SAGE Publications.
- Mercado, F., Robles, L., Ramos, I., Moreno, N., Alcántara, E. (1999). *La perspectiva de los sujetos enfermos. Reflexiones sobre pasado, presente y futuro de la experiencia del padecimiento crónico*. *Cad. Saúde Pública*.; 15(1):179-186.
- Merleau-Ponty, M. (2000). *Fenomenología de la percepción*. Barcelona: Península; 2000. pp. 219
- Messer, E. (1989) “Methods for determinants of food intake”, en G. H. Pelto, P. J. Pelto y E. Messer,
- Mier, G. (2003). *Seminario Teoría Antropológica*. México: ENAH. 5.
- Mijtavila, M. (1998). *El saber médico y la medicalización del espacio social*. Documento de Trabajo N° 33. Uruguay: Departamento de Sociología, Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de la República., 1998
- Mintz, S. (1996). *Tasting food, tasting freedom* Boston: Beacon Press.
- Mol, A. (1999). *Ontological Politics. A word and some questions*. En J. Law & J. Hassard (Eds.) (1999), *Actor-Network Theory and after* (pp. 74-89). Oxford: Basil Blackwell.
- Mol, A. (2002). *The body multiple: ontology in medical practice*. Durham, North Carolina: Duke University Press.
- Mol, A., Marc, B. (1994), «Principles and Practices of Medicine: The Coexistence of Various Anaemias», *Culture, Medicine and Psychiatry*, 18, pp. 247-265.
- Mol, A., Law, J. (2004). *Embodied Action, Enacted Bodies. The Example of Hypoglycaemia*, in: *Body & Society* Vol. 10 (2-3): 2004, 43-62.

- Molina, G., Ramírez, A., y Ruiz, A. (2014). Tensiones en las decisiones en Salud Pública en el sistema de salud colombiano: el bien común en confrontaciones con los intereses y prácticas particulares. Medellín, Colombia: Pulso y letra editores, Universidad de Antioquia, Colciencias.
- Lecube, A., Monereo, S., Rubio, M. Á., Martínez-de-Icaya, P., Martí, A., Salvador, J., & Casanueva, F. F. (2017). Prevention, diagnosis, and treatment of obesity. 2016 position statement of the Spanish Society for the Study of Obesity. *Endocrinología, diabetes y nutrición*, 64, 15-22.
- Montes, P. (1996). *El desorden neoliberal*, Madrid, Trotta, Colección Estructuras y Procesos.
- Monsalve, F. (2004). *Percibiendo los territorios del centro de Popayán*. (Tesis de pregrado). Universidad del Cauca. Popayán.
- Moreno, B., Monereo, S., Álvarez, J. (2006). *La obesidad en el Tercer Milenio*, 3ª ed. Madrid: Ed. Médica Panamericana.
- Moreno, M. (2008). Pistas para el diálogo entre Salud pública y Discapacidad: hacia una comprensión de la evolución del concepto de discapacidad. *Cuadernos del Doctorado: Salud Pública y discapacidad*. Vol 8, 49-81
- Moser, M. (1982). "The First Decade: 1972– 1982," in *National High Blood Pressure Education Program*, 45–52.
- Moscovici, S. (1985). *Psicología Social*, 2 Tomos, Barcelona, Ediciones Paidós, Tomo II.
- Moyer, J. (1959). "Summary:Today's Recommendations for Drug Therapy of Hypertension," in *Hypertension: The First Hahnemann Symposium on Hypertensive Disease*, ed. John H. Moyer (Philadelphia: Saunders), 735–74.
- Muñiz, O., Montoya, A. (2004). La clínica del mal de ojo. *Revista Informes Psicológicos*. Facultad de Psicología de la Universidad Pontificia Bolivariana. Medellín Vol. 6, Pág. 136-154
- Navas, J. (2008) «La educación nutricional en el contexto familiar y sociocultural». *Revista española de nutrición comunitaria*, 14 (1): 22-28.
- NCD Risk Factor Collaboration (NCD-RisC) (2021). Worldwide trends in hypertension prevalence and progress in treatment and control from 1990 to 2019: a pooled analysis of 1201 population-representative studies with 104 million participants. *Lancet* (London, England), 398(10304), 957–980. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(21\)01330-1](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(21)01330-1)
- Nunes, V., Neilson, J., et. al. (2009). *Clinical guidelines and evidence review for medicines adherence: Involving patients in decisions about prescribed medicines and supporting adherence*. National Collaborating Centre for Primary Care and Royal College of General Practitioners. Londres.
- Obando, N. (2011). *Despliegue del pensamiento decolonial: la espiral de vida de Abelino Dagua*. Universidad Del Cauca. 2011.
- Olsen, S., Angell, S., Asma, P., Boutouyrie, D. et al. (2016). A call to action and a life course strategy to address the global burden of raised blood pressure on current and future generations: The Lancet Commission on Hypertension *Lancet.*, 388 (2016), pp. 2665-2712.
- Olsen M, et al. (2016). A call to action and a lifecourse strategy to address the global burden of raised blood pressure on current and future generations: the Lancet Commission on hypertension. *Lancet*. 2016;388:2665–2712. doi: 10.1016/S0140-6736(16)31134-5.

Organización Mundial de la Salud. (2020). Especificaciones técnicas de la OMS para dispositivos automáticos de medición de la presión arterial no invasivos y con brazalete. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud; Licencia: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

Organización Mundial de la Salud. (2019). https://www.who.int/healthtopics/traditional-complementary-and-integrative-medicine#tab=tab_1

Organización Mundial de la Salud. (2004). Adherencia a los tratamientos a largo plazo: Pruebas para la acción. Ginebra: Organización Panamericana de la Salud.

Organización Mundial de la Salud. (2013). A Global Brief on Hypertension. Silent killer, global public health crisis [Internet]. Ginebra, Suiza: Organización Mundial de la Salud. Disponible en: http://www.who.int/cardiovascular_diseases/publications/global_brief_hypertension/en/

Ortiz-Kobo, A. (2013). Hacia una psiquiatría crítica. Valladolid: Editorial Grupo 5.

París, Serra y Comelles, Josep Maria. (1988) "Acerca de la construcción sociocultural de la cronicidad." *Jano*, vol. Xxiv, n.º 808, pp. 43-9

Parsons, T. (1988). El sistema social. Alianza: Madrid.

Patton, M. (2002). *Qualitative Research & Evaluation Methods*. Sage Publications, EEUU., 429-541

Pellegrino, E. (1963). Medicine, history, and the idea of man. *The ANNALS of the American Academy of Political and Social Science*, 346(1), 9-20.

Peretti-Watel, P. (2000), *Sociologie du risque*. Armand Colin, París.

Pearce, S., Ebrahim, M., McKee, P., Lamptey, M., Barreto, D. Matheson, et al. (2014). The road to 25 × 25: how can the five-target strategy reach its goal? *Lancet Glob Health.*, 2, pp. e126-e128.

Perdiguero, E. (2006). Una reflexión sobre el pluralismo médico. En G. Fernández-Juárez (Coord.). *Salud e interculturalidad en América Latina. Antropología de la salud y crítica intercultural* (pp. 33-49). Quito: Ediciones Abya-Yala.

Pérez, E. Ortega, E. (2014). *Cartografías del cuerpo. Biopolíticas de la ciencia y la tecnología*. Universidad de Valencia. ISBN: 9788437632872.

Pezo, M., Souza, N., Costa, M. (2004). La mujer responsable de la salud de la familia. Constatando la universalidad cultural del cuidado. *Index Enferm [Revista en internet]* 2004; 46. Disponible en <http://www.index-f.com/index-enfermeria/46revista/46_articulo_13-17.php>

Pierret, J. (2003). "The Illness Experience: State of Knowledge and Perspectives for Research", en *Sociology of Health & Illness*, Vol. 25, pp. 4-22

Portela, H. (2000). La relación cuerpo-cultura en los compuestos sintácticos de la lengua Páez. *Revista Facultad de Ciencias Humanas y Sociales*. Popayán: Universidad del Cauca. Vol 3. No.3.

Portela, H. (2006). "El itinerario de los saberes y prácticas curativas y su eficacia simbólica: encuentro de saberes en la zona andina del Cauca en el Sur-Oeste Colombiano" En: *Canadá 2006*. Ed: Universidad De Montreal ISBN: 04-94239-42.

Portela, H. (2017). Campos de información para investigar la relación entre las culturas de la salud. <https://www.antropologiamedica.com/node/213>

- Portela, S., Portela, H. (2018). "El arco, el cuerpo y la seña. Cosmovisiones de la salud en la cultura Nasa". Ed: Editorial Universidad Del Cauca ISBN: 978-958-732-319-1 v. 251 pags.
- Portela, H, Gómez, H. (1993). Cultura y salud en la construcción de las Américas: reflexiones sobre el sujeto social. 1 Ed. Bogotá: Instituto Colombiano de Antropología.
- Porroche-Escudero, A., Coll, G., Riba, C. (2017). Cicatrices (in)visibles. Perspectivas feministas sobre el cáncer de mama. Barcelona: Ediciones Bellaterra.
- Posada, L. (1998). Sexo y Esencia. De esencialismos encubiertos y esencialismos heredados: desde un feminismo nominalista. Madrid, Horas y Horas.
- Pratt, J., Ayman, D. (1931). "Nature of the Symptoms Associated with Essential Hypertension," Archives of Internal Medicine 47: 675–87.
- Price, L. (1997), "Ecuadorian Illness Stories", en D Holland & N Quinn (Eds), Cultural Models in Language and Thought, Cambridge University Press, Cambridge.
- Puerta, C., Agudelo, A. (2021). Modalidades de interacción en el régimen subsidiado de salud en Medellín: participación y estrategias sociales. Hacia la promoción de la salud. Volumen 17. enero junio 2021.
- Quevedo, E., Borda, C., Eslava, J, et al. (2004). Café y gusanos, mosquitos y petróleo. El tránsito desde la higiene hacia la medicina tropical y la salud pública en Colombia, 1873-1953. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia.
- Quirós, J. (2015). Etnografiar mundos vívidos. Desafíos de trabajo de campo, escritura y enseñanza en antropología. PUBLICAR-En Antropología y Ciencias Sociales, (17).
- Rappaport, J. (2007). Más allá de la escritura: la epistemología de la etnografía en colaboración. En Revista Colombiana de Antropología, vol. 43, enero-diciembre, 2007, pp. 197-229 Instituto Colombiano de Antropología e Historia. Bogotá, Colombia.
- Reinhardt, A., Muller, U., Andrésdóttir, G., Husted, G., & Willaing, I. (2015). Empowerment, motivation, and medical adherence (emma): the feasibility of a program for patient centered consultations to support medication adherence and blood glucose control in adults with type 2 diabetes. Patient Preference and Adherence, 9, 1243-1253.
- Restrepo, E., Hall, S., del Cairo, C. (2019). Cultura: centralidad, artilugios, etnografía. Colección de cuadernos mínimos. Asociación colombiana de antropología.
- Reckwitz, A. (2008), 'Praktiken und Diskurse. Eine sozialtheoretische und methodologische Relation', in H. Kalthoff, S. Hirschauer and G. Lindemann (eds), Theoretische Empirie. Zur Relevanz qualitativer Forschung, Frankfurt a. M.: Suhrkamp Verlag, 188–209.
- Rezende, E., Concone M. (2012). Espiritualidade e religião no processo saúde-doença. In: Silva EA, organizadora. Sociologia Aplicada à saúde. Barueri (SP): Manole. 2012. Pp.:79-104.
- Ríos-Peñaloza, G. (2016). Cuerpos corregidos: el valor de la belleza. Tesis de doctorado en Antropología. Facultad de Ciencias humanas y sociales. Universidad del Cauca.
- Rivera, J. (2004) "Asociaciones y grupos de ayuda mutua: un nuevo paradigma en el ámbito de la salud". Revista Internacional de Ciencias Sociales y Humanidades, ene-jun, vol. Xiv, n.º 1, pp. 83-99.

Rodriguez, L., Poirel, M., Roseau, G., Vigneault, L. (2003). Ouvrir des espaces de dialogue autour de la médication psychiatrique. *Équilibre en Tête*, 17, (4), 1-10.

Rodríguez, I et al., (1989). "La medicina tradicional en el contexto de la filosofía de la cultura", en *Memorias del Tercer Coloquio de Medicina Tradicional Mexicana "Un Saber en Discusión"*, Escuela Nacional de Estudios Superiores Zaragoza, Universidad Nacional Autónoma de México, pp. 59-64

Romaní, O. (2007). "De las utilidades de la antropología social para la intervención en el campo de las drogas", en: Esteban, M. Luz (ed.). *Introducción a la antropología de la salud. Aplicaciones teóricas y prácticas*. Bilbao, pp. 117-134. ISBN: 13:978-84-611-7.

Roth, G. (2017). Global, Regional, and National Burden of Cardiovascular Diseases for 10 Causes, 1990 to 2015 *J Am Coll Cardiol.*, 70 (2017), pp. 1-25

Roudinesco, E. (1998). *Georges Canguilhem: de la médecine á la resistance*. En: Braunstein JF, editor. *Actualité de Georges Canguilhem*. Paris: Institut Synthelabo pour le progrès de la connaissance; 1998. p. 14-42. (Les Empecheur de Penser en Rond).

Ruilope, L., Chagas, A., Brandão, A., Gómez-Berroterán, R., Alcalá, J., Paris, J., Cerda, J. (2017). Hypertension in Latin America: Current perspectives on trends and characteristics. *Hipertens Riesgo Vasc.* 2017; 34(1):50-6.

Ruskin, A. (1956). *Classics In Arteria1 Hypertension*. Charles C. Thomas. Springfield, IL.

Ryan, W. (1976), *Blaming the victim*, Nueva York, Vintage Books, segunda edición.

Ryesky, D. (1976). *Conceptos tradicionales de la medicina en un pueblo mexicano. Un análisis antropológico*, Dirección General de Divulgación, Secretaría de Educación, México.

Sabaté, E. (2003). *Adherence to long-term therapies: Evidence for action*. Geneva: World Health Organization. Recuperado de http://www.who.int/chp/knowledge/publications/adherence_full_report.pdf

Sahlins, M. (1988). «Preferencia y tabú alimentarios respecto de los animales domésticos en los Estados Unidos». En *Cultura y razón práctica*. Barcelona: Gedisa.

Saraiva, K., Santos, Z., Landim, F., Lima, H., Sena, V. (2013). O processo de viver do familiar cuidador na adesão do usuário hipertenso ao tratamento. *Texto&Contexto Enferm* 2007 jan/mar; 16(1): 63-70. 14. Araújo MAL, Silveira CB. Vivências de mulheres com diagnóstico de doença sexualmente transmissível. *Esc Anna Nery Rev Enferm* 2007; 11 (3): 479-86.

Schatzki, T. (2002), *The Site of the Social. A Philosophical Account of the Constitution of Social Life and Change*, University Park: Pennsylvania State University Press.

Scheper-Hughes, N., Lock, M. (1987). "The Mindful Body: A Prolegomenon to Future Work in Medical Anthropology". *Medical Anthropology Quarterly* 1 (1): 6-41.

Scheper-Hughes, N. (1990). "Three propositions for a critically applied medical anthropology", *Social Science & Medicine*. Vol. 30, n°2:189-197.

Schmidt, J., Cruz, F., Villaverde, C., Prados, D., García, M., Muñoz, A., Pappous, A. (2006). Adherencia terapéutica en hipertensos. Estudio cualitativo. *Index de Enfermería*, 15(54).

Schmitz, C. (2016). Charlatanes y enfermos: la pluralidad médica de la España barroca percibida por el pícaro Estebanillo González. *Dynamis*. 36(1):143-166.

- Silva, G., Galeano, E., Correa, J. (2005). Adherencia al tratamiento. Implicaciones de la no-adherencia. *Acta Médica Colombiana*. 30(4), 268-273.
- Silvana, M., Leite, F., Maria, F. (2013). Experiencia de la enfermedad y del tratamiento para la persona con hipertensión arterial sistémica: un estudio etnográfico. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* 21 (05) Sept-Oct 2013.
- Sindzingre, N. (1985). Présentation: tradition et biomédecine. *Sciences sociales et santé*, 3 (3-4), 9-26.
- Singer, M., (1990). "Reinventing medical anthropology: Toward a critical realignment". *Social Science & Medicine*. Vol. 30, n°2: 179-187.
- Strathern, M. (1991). *Partial Connections*. New York: Altamira Press.
- Strauss, A. (1997) "Anselm Strauss and the sociological study of chronic illness: a reflection and appreciation". *Sociology of Health & Illness*, vol. 19(3), pp. 373-6.
- Stengers, I. (2014). La propuesta cosmopolítica. *Revista Pléyade*, 14, 17-41.
- Suárez-Rozo, L., Puerto-García, S., Rodríguez-Moreno, L. (2017). La crisis del sistema de salud colombiano: una aproximación desde la legitimidad y la regulación. *Rev Gerenc Polít Salud*. 2017; 16 (32): 34-50. <https://doi.org/10.11144/Javeriana.rgps16-32.cssc>.
- Susser, M. (1998). Does risk factor epidemiology put epidemiology at risk? Peering into the future. *Journal of Epidemiology and Community Health*. 52:608-611.
- Taussig, M. (1992). "La reificación y la conciencia del paciente", en Taussig, M, *Un gigante en Convulsiones. El mundo humano como sistema nervioso en emergencia permanente*, Gedisa, España, pp. 110-143.
- Teixeira, E., Lamas, A., Costa, J, et al. (2005). O estilo de vida do cliente com hipertensão arterial e o cuidado com a saúde. *Esc Anna Nery Rev Enferm* 2006 dez, 10(3): 378-84. 12
- Timmermans, S., Kolker, E. (2004). Clinical Practice Guidelines and the Reconfiguration of Medical Knowledge. *Journal of Health and Social Behavior*, 45, Supplement. 177-193.
- Timmermans, S., Haas, S. (2008). Towards a sociology of disease. *Sociology of Health & Illness*, 30(5), 659-676. doi:10.1111/j.1467-9566.2008.01097.
- Tizón, J. (2003). Introducción. En: J. Moncrieff. *Hablando claro. Una introducción a los fármacos psiquiátricos*. Barcelona: Herder.
- Torres, T. (2002). Una aproximación cualitativa al estudio de las enfermedades crónicas: las representaciones sociales. *Revista Universidad de Guadalajara. Dossier Ciencias Sociales y Ciencias de la Salud [En línea]*. 2002, número 23.
- Torres, D. (2017). No es candela ni es oro. En Suárez Guava (ed.), *La vida de las cosas. Etnografías de objetos, sustancias y personas en Colombia*. En Prensa. Bogotá: Pontificia Universidad Javeriana.
- Valls-Llobet, C. (2011). *Mujeres, salud y poder*. Colección Feminismos. Madrid: Cátedra.
- Van der Geest, S., Whyte, S., Hardon, A. (2002). "The Anthropology of Pharmaceuticals: A Biographical Approach". *Annual Review of Anthropology* 25 (2002): 153-178

- Varela, M., Salazar, I., Correa, D. (2008). Adherencia al tratamiento en la infección por VIH/SIDA. Consideraciones teóricas y metodológicas para su abordaje. *Acta Colombiana de Psicología*, 11(2), 101-113.
- Vasco, L. (2002). "En busca de una vía metodológica propia: Replanteamiento del Trabajo de Campo y la escritura etnográfica. En: VASCO, L. (ed.). *Entre la selva y Páramo. Viviendo y pensando la lucha india*. Bogotá: ICANH.
- Vasconcelos, E. (2009). Espiritualidade na educação popular em saúde. *Cadernos CEDES* 2009; 29(79): 323-333
- Viesca, C. (1995). Códice de la Cruz-Badiano. La colección de códices de la Biblioteca Nacional de Antropología e Historia. *Arqueología Mexicana* (Ed. Esp.) 42: 74-77.
- Viveiros de Castro, E. (2011). "Zeno and the Art of Anthropology: of Lies, Beliefs, Paradoxes, and Other Truths". *Common Knowledge*, 17,1.
- Waitzkin, H. (2013). *Medicina y salud pública al final del imperio*. Bogotá, Colombia: Universidad Nacional de Colombia. Facultad de Medicina. Centro de Historia de la Medicina.
- Weisner, M. (2000). La antropología médica, lo uno-lo múltiple. En *Actas del Tercer Congreso Chileno de Antropología*, Temuco. Colegio Antropólogos Chile (Vol. 1, pp. 71-80).
- World Health Organization. (1999). *World Health Organization-International Society of Hypertension. Guidelines for the management of Hypertension.*; 17:151-68.
- World Health Organization. (2013). *NCD global monitoring framework* (WHO, 2013).
- Williams, S., Martin, P., Gabe, J. (2011). The pharmaceuticalisation of society? A framework for analysis. *Sociology of Health and Illness*, 33(5), 710-725.
- Wu, J., DeWalt, D., Baker, D., Schillinger, et, al. (2014). A single-item selfreport medication adherence question predicts hospitalization and death in patients with heart failure. *Journal of Clinical Nursing*, 23, 2554–2564. doi: 10.1111/jocn.12471
- Yusuf, S., Rangarajan, K. Teo, S., Islam, W., Li, et al. (2014). Cardiovascular risk and events in 17 low-, médium-, and high incomes countries *N Engl J Med.*, 371 (2014), pp. 818-827.
- Youmans, S., Bibbins, K. (2017). Assessing and promoting medication adherence. En T. E. King, M. B. Wheeler, (eds.). *Medical management of vulnerable and underserved patients: Principles, practice, and populations*, 2e. Nueva York: McGraw-Hill.
- Young, I. (2005). *On female body experience. Throwing like a girl and other essays*. Oxford: University Press.
- Zapata, L., Genovesi, M. (2013). "Ser afectado" como medio de conocimiento en el trabajo de campo antropológico. *Avá. Revista de Antropología*, (23),49-67. ISSN: 1515-2413. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=169039923002>
- Zhou, B., Gu, Y. (2014). Effect of self-management training on adherence to medications among community residents with chronic schizophrenia: a single-blind randomized controlled trial in Shanghai, China. *Shanghai Archives of Psychiatry*, 26(6), 332-338.

Zullig, L., Gellad, W., Moaddeb, J., Crowley, M. et. al. (2015). Improving diabetes medication adherence: successful, scalable interventions. *Patient Preference and Adherence*, 9, 139-149. doi: <http://dx.doi.org/10.2147/PPA.S69651>.