

**VIII Jornadas de Jóvenes Investigadores**  
**Instituto de Investigaciones Gino Germani**  
**Universidad de Buenos Aires**  
**4, 5 y 6 de Noviembre de 2015**

**Bárbara Alles**

Universidad de Buenos Aires

Licenciada en Psicología

[barbaraalles@gmail.com](mailto:barbaraalles@gmail.com)

**Candela Rocío Heredia**

Universidad de Buenos Aires

Lic. en Trabajo Social / Maestranda en Antropología Social

[candelarheredia@gmail.com](mailto:candelarheredia@gmail.com)

Eje 7. Cuerpo política y subjetividad

**¿Qué sujeto crea un laboratorio? Reflexiones en torno a los modos de subjetividad  
construidos en un programa de apoyo a pacientes**

Palabras Clave: subjetividad- laboratorio- programa de apoyo

**Introducción**

La implementación de los programas de soporte a pacientes surge como una nueva estrategia de la industria farmacéutica para establecer un contacto directo y asiduo con los consumidores de sus productos, realizar un seguimiento de los tratamientos, y llevar un registro de los efectos secundarios que puede generar la medicación, entre otras acciones.

Apelando a una conjunción de saberes especializados se promueven diversos servicios gratuitos con el fin explícito de acompañar al paciente que atraviesa una enfermedad crónica.

En el presente trabajo, se describen y analizan los usos e implicancias de la particular producción de subjetividad que se observa en dichos programas. Se detectaron cuatro ejes que permiten configurar el análisis.

En principio se especifica el tipo de registro y categorización de los pacientes en el sistema de software, que nos lleva a reflexionar acerca de la idea de un cuerpo computabilizado.

Luego se ponen de manifiesto aspectos que denotan una reducción de la subjetividad al cuerpo devenido enfermo visibilizado en la calidad de la información que se recaba y en los tipos de servicios que se ofrecen.

Además, se evidencian los registros del sector de farmacovigilancia de los laboratorios partiendo de ciertos a priori lógicos propios de la industria farmacéutica.

Finalmente, se procede a analizar el valor del discurso médico y su consecuente obediencia como voz suprema, en tanto se impulsa una adherencia a los ejes del programa y al tratamiento. Y para concluir, se abren ciertos interrogantes que buscan profundizar lo expuesto y continuar el debate.

Para la recolección (construcción) de datos, se realizó observación participante en un programa de soporte a pacientes, desde junio de 2014 a junio de 2015, en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. El programa está orientado a sujetos con diagnósticos de artritis reumatoidea y psoriasis en placas, que tienen como indicación una medicación inyectable fabricada por el laboratorio que financia el programa de soporte. Los/as operadores/as del programa, son psicólogos/as y trabajadores/as sociales.

### Cuerpo categorizado

A través del contacto telefónico con los pacientes se genera la inscripción al programa, previa indicación médica. El registrose aboca a determinar mediante un cuestionario cerrado diferentes aspectos relacionados con la enfermedad del paciente. Es decir, quien ingresa al programa, no sólo brinda sus datos básicos (nombre, edad, sexo, fecha de nacimiento, etc.) sino que se somete a una interrogación para dar cuenta en detalle, del carácter e índole de la enfermedad.

En el programa de apoyo analizado, lo que se observó es un contacto netamente telefónico con los pacientes. La inscripción y el seguimiento se realizan por este medio. Y es de esta forma que se obtienen datos referidos a las patologías. Como se ha señalado, hay un tratamiento de sujetos con dos enfermedades: artritis reumatoidea y psoriasis en placas. Todos los datos obtenidos por los trabajadores del programa en sus contactos telefónicos, quedan registrados en un sistema computarizado. Para las personas con psoriasis existen preguntas

específicas, cuyas respuestas estandarizadas quedan registradas de forma fija en el sistema. Para aquellas con artritis, son otras las preguntas. No obstante, en ambos casos, las preguntas son cerradas con opciones de múltiplechoice. Estas preguntas-respuestas, generan etiquetas en los pacientes. Así, algunos sujetos, además de ser identificados con datos personales, son catalogados como “exigentes”, “dependientes”, “con adaptación”, etc. Y las consultas que se les realizan giran en torno a la especificidad de la enfermedad en tanto síntoma visible, la pérdida de movilidad en el caso de la artritis, y las placas que se forman en la piel en el caso de la psoriasis.

El cuerpo del sujeto es concebido como productor de síntoma. Los interrogatorios se realizan en función de qué es lo que le sucede al sujeto, siempre en relación al cuerpo enfermo. De sus respuestas, se crea un perfil de paciente como forma de categorizar los tipos de personalidad. Personalidad reducida a modos de funcionamiento, diferenciados en: capacidad de sobrellevar la enfermedad, contacto con otros enfermos con la misma patología y grado de aceptación del vínculo con el médico tratante.

El cuerpo es incorporado a un esquema clasificatorio, que define como se posiciona frente al padecimiento físico (y frente al discurso médico). Sistema que aspira a contener aquellos datos objetivos, que pueden ser computabilizados, para resumir y definir un cuerpo enfermo, y atravesado por múltiples discursos. El cuerpo atravesado y productor de los significantes culturales (Citro, 2009), es un objeto de disciplinamiento y estudio predilecto por parte del laboratorio (mediado por el programa). Se escudriña los síntomas de enfermedad, y se interroga a los sujetos para que respondan todas las preguntas definidas.

¿Acaso tales clasificaciones no son más que un recurso para perfeccionar la fuerza de venta?

### Subjetividad al servicio de la enfermedad

Una de las informaciones más importantes a recabar en los contactos telefónicos, es el seguimiento del tratamiento y cualquier tipo de inconveniente para obtener la medicación. Se ejerce una suerte de control respecto de la indicación médica, y un entrenamiento respecto del proceso de cobertura, alertando sobre la posibilidad de no recibir medicación. Elementos de la sociedad disciplinaria y de control, se conjugan (Deleuze, 1990). Se regula el hábito y la práctica de aplicación de la medicación, obedeciendo a la reglas de la prescripción médica. El poder disciplinario estructura los parámetros de las prácticas de cuidado, sancionando y prescribiendo los comportamientos que salen por fuera de la orden médica. Los operadores telefónicos recuerdan constantemente que deben aplicarse según lo indica el médico y que en

caso de no hacerlo, consulten con él los posibles efectos. El saber del paciente, es un saber sometido al del experto (Foucault, 2000). Se afianzan los mecanismos de comando, interiorizándose en los sujetos y extendiéndose por fuera de los sitios estructurados de las instituciones sanitarias (hospital). La vigilancia ya no se ejerce desde instituciones cerradas, sino que con los llamados periódicos se recuerda al paciente que debe consumir el producto del laboratorio, por indicación del experto (médico).

La estructura de los programas está preparada para sostener una identidad con la enfermedad, entendiendo la subjetividad como reducida al padecimiento, y sobre todo orientada completamente a la obtención de bienestar a través del consumo del producto. En los servicios que se entregan de folletería se promueve el binarismo cuerpo productivo/ no productivo que fortalece la ecuación: salud = medicación.

Con un disciplinamiento sutil en los llamados permanentes, se entrena a los pacientes para que estén alerta ante cualquier inconveniente en la obtención, suministro y efectos de la medicación. El control del laboratorio, se extiende a las conciencias, cuerpos y relaciones de los pacientes. Éstos, al recibir el llamado de los operadores, deben dar cuenta de la adherencia al tratamiento, revisando últimas fechas de aplicación y cuándo serán las próximas, preguntando a su círculo cercano si lo sabe, buscando anotaciones en papel o buscando en el recuerdo, en un intento de memorización y conciencia práctica del estado de adherencia. Se intenta dejar sellada la relación entre medicación y bienestar/salud.

Quedan por fuera servicios vinculados al área psicológica, que aborden otros aspectos de la calidad de vida de los pacientes, y del lugar que ocupa la enfermedad en su desarrollo vital. Muchos sujetos solicitan este espacio, y dan cuenta en los contactos de sus propias percepciones respecto a recaídas y remisiones de la enfermedad en función de sus estados anímicos. Algunos manifiestan brotes de psoriasis o artritis que los relacionan con situaciones emocionales que atraviesan, y no con el suministro o falta de la medicación. Se excluye también, la rehabilitación, prevención o promoción de la salud. Situaciones problemáticas en torno a la vivienda, o situaciones de violencia, son desestimadas. El foco está puesto netamente en el medicamento.

### Farmacovigilancia

Uno de los aspectos que resulta clave en la creación de estos programas de apoyo es la posibilidad de los laboratorios de registrar los efectos secundarios que los pacientes comentan espontáneamente, generando información sobre la medicación y cumpliendo con

disposiciones legales. Los reportes son sistemáticos, los datos se reducen a lo cuantitativo y con la menor cantidad de palabras posible. Nuevamente, la subjetividad queda relegada a una segmentación y se le escapa a las singularidades. Cualquier información médica que el paciente nombra, debe ser registrada. Cuerpos fragmentados en síntomas, intervenidos.

Los síntomas, serán interpretados como fallas del producto.

En el contexto biopolítico, se producen cuerpos, formas de comunicación, producción y manipulación de afectos. La productividad de lo somático para la industria farmacéutica en este contexto, constituye un aparato de gran relevancia.

Es decir, además de registrar estados de gestiones o trámites realizados por los/as usuarios/as, las fechas de consumo de la medicación, y los perfiles esencialistas de los sujetos, se registran estos eventos adversos de la medicación, que pueden variar desde una pequeña gripe, hasta la aparición de un tumor. Todos estos eventos que comienzan a surgir tan pronto como el operador pregunta “¿Cómo está usted?”. Son registrados y analizados por la sección de farmacovigilancia de los laboratorios. Es una información valiosa para la investigación de área farmacológica. A través de ella se puede mejorar el producto, promoviendo aún más su venta o extendiéndola a otras patologías, abriendo el abanico de indicaciones y así, ampliando el mercado de la medicación.

Estos efectos secundarios o eventos adversos, son especificados con sumo detalle, colocando la fecha de inicio y fin del evento, las etiologías alternativas y si ha interrumpido o no el tratamiento. Además se debe dejar constancia del tiempo transcurrido desde que inició el tratamiento, si está con otras medicaciones, qué hábitos tiene (si fuma, hace actividad física o no, etc.), y si el médico está al tanto del evento, entre otras. Los operadores realizan las preguntas que el área ha diseñado para estos sucesos, y las respuestas de los pacientes (quienes deben hacer el ejercicio de responder absolutamente todas las preguntas) son registradas y elevadas al sector en cuestión.

### La voz que autoriza

Los médicos son los autorizados a inscribir a los pacientes a los programas ya que ellos prescriben la medicación. Los laboratorios se ofrecen a colaborar con la adhesión al tratamiento de los pacientes, contactándolos, y recordándoles lo importante que es respetar la indicación médica y realizar consultas. Se produce un intercambio de saberes y de poder, gestándose un particular modo de vinculación donde los cuerpos quedan ubicados en una

posición de sumisión, controlados tanto por el discurso médico, como por la industria farmacéutica.

Se observó que frecuentemente los pacientes cuentan con poca información sobre los tratamientos, y muchas veces les resulta muy difícil preguntar lo que no comprenden o validar sus propias percepciones sobre lo que sienten frente al médico. Sin embargo la decisión del profesional pocas veces es cuestionada.

La medicina es un sistema cultural de prácticas y conocimientos, con dimensiones biológicas (disease), culturales (illness), y sociales (sickness). Los procesos de salud/enfermedad/atención constituyen hechos estructurales que expresan condiciones no solo biológicas, epidemiológicos y clínicas (Menendez, 1985, 1994). Es en el marco de esta medicina plural e intercultural, pero con hegemonía biomédica, donde la relación médico-paciente implica asimetrías y relaciones de dominación que derivan en constantes búsquedas de autorización del saber experto. Y son estos profesionales de la salud que cuentan con la *expertise*, agentes beneficiados por la industria farmacéutica. Entre más indicaciones del producto del laboratorio haga el médico, entonces más beneficios tendrá. Estrategias cada vez más acentuadas y sofisticadas por la industria.

### Reflexiones finales

La industria farmacéutica, ha desarrollado la implementación de programas de soporte a pacientes. En este diseño y ejecución, se configura un sujeto. Se consolida la idea de cuerpo categorizado, computabilizado, disciplinado y controlado. El programa busca la adherencia al tratamiento, y para eso, ordena la agencia del sujeto, a fin de que siga las directivas de suministro de la medicación, en un tiempo y forma estipulada por el saber médico.

La subjetividad creada por la industria, está al servicio de la enfermedad. Se reduce la subjetividad al cuerpo devenido enfermo, excluyendo dimensiones psico-sociales. La permanente interrogación sobre los síntomas y el suministro de medicación, excluye el interés hacia aspectos relevantes del cuidado a la salud.

Existe una lógica desde un sector de la industria farmacéutica -farmacovigilancia- a partir de la cual se releva a los sujetos, entendiendo a los síntomas del sujeto como falla del producto. Los efectos secundarios de la medicación, son analizados de manera extremadamente meticulosa, a fin de que sean datos valiosos para crecer en investigación farmacológica del producto.

El saber biomédico, es la autoridad en materia del tratamiento con el producto. Existe una alianza entre el poder médico y la industria, que redundando en una relación asimétrica, donde el sujeto-paciente se ubica de manera desigual.

Las formas de construcción de un sujeto particular por parte del laboratorio, da cuenta de las acciones de la industria farmacéutica, para fortalecer la venta de sus productos y maximizar sus ganancias.

#### Bibliografía:

- Citro, S. (2009) *Cuerpos significantes: Travesías de una etnografía dialéctica*. Buenos Aires: Editorial Biblos.
- Deleuze, G. (1990) Postdata sobre las sociedades de control. *Babel*, 21: 17-23.
- Fernandez, A. (2008) Política y Subjetividad. Buenos Aires. *Editorial Biblos*.
- Foucault, M. (2000) *Defender la sociedad*. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica.
- Menendez, E. (1985) “Aproximación Crítica al desarrollo de la Antropología Médica en América Latina”. *Nueva Antropología*, 7 (28), 11-27.
- Menéndez, E. (1994) La enfermedad y la curación ¿Qué es medicina tradicional? *Alteridades*, 4 (7): 71-83.