

Motivos de encuentro y desencuentro en la relación entre profesionales y usuarios del sistema de salud público de Argentina

María Mercedes Saizar*

Profesora de la Maestría en Ciencias Sociales

Universidad de La Matanza, Argentina

Resumen

En este artículo analizo los motivos de encuentro y desencuentro entre profesionales y usuarios del sistema de salud público de Argentina. Para ello, retomo la perspectiva de los actores sociales involucrados, distinguiendo los principales aspectos de la relación entre ambos grupos. Se trata de analizar las condiciones concernientes a la diversidad de miradas. Como un eje transversal aparecen los aspectos culturales y las diferencias de los saberes y prácticas de cada conjunto, que muestran las principales atribuciones respecto a los sentidos asignados a la experiencia del dolor y a la perspectiva sobre el vínculo profesional-paciente.

Palabras clave: encuentros, desencuentros, profesionales de la salud, usuarios, sistema de salud público, Argentina.

...

CÓMO CITAR ESTE ARTÍCULO

Saizar, María Mercedes. 2015. "Motivos de encuentro y desencuentro en la relación entre profesionales y usuarios del sistema de salud público en Argentina". *Trabajo Social* 17: 95-112. Bogotá: Departamento de Trabajo Social, Facultad de Ciencias Humanas, Universidad Nacional de Colombia.

Recibido: 11 de agosto del 2014. Aceptado: 05 de noviembre del 2014.

* m_saizar@yahoo.com

Reasons for Encounter and Disencounter in the Relationship between Professionals and Users of the Public Health System in Argentina

Abstract

This article analyzes the reasons for encounter and disencounter in the relationship between professionals and users of the public health system in Argentina. To do this, it takes the perspective of the social actors involved, distinguishing the main aspects of the relationship between the two groups and analyzing the conditions concerning the diversity of views. Running through the relationship are cultural aspects and differences in knowledge and practices of each group, which show the major attributes regarding the meanings assigned to the experience of pain and the perspective on the doctor-patient relationship.

Keywords: encounters, disencounters, health professionals, users, public health system, Argentina.

Motivos de encontro e desencontros na relação entre profissionais e usuários do sistema público de saúde da Argentina

Resumo

Neste artigo, analisam-se os motivos de encontro e desencontro entre profissionais e usuários do sistema público de saúde da Argentina. Para isso, retoma-se a perspectiva dos atores sociais envolvidos ao distinguir os principais aspectos da relação entre ambos os grupos. Trata-se de analisar as condições concernentes à diversidade de interpretações. Como um eixo transversal, aparecem os aspectos culturais e as diferenças dos saberes e práticas de cada conjunto, que mostram as principais atribuições a respeito dos sentidos designados à experiência da dor e à perspectiva sobre o vínculo profissional-paciente.

Palavras-chave: encontros, desencontros, profissionais da saúde, usuários, sistema público de saúde, Argentina.

Introducción

En la Argentina, la consolidación de la biomedicina como medicina oficial, única aceptada por el Estado y, por ende, poseedora del monopolio legítimo del arte de curar, resultó posible gracias a un complejo proceso de organización y negociación con otros grupos de la sociedad y con el Estado, que tuvo lugar entre los siglos XVII y principios del XX (Bordes 2011, 159), momento en el cual el sistema de salud pasó a ser universal y gratuito en todos los niveles de atención. A partir de entonces y hasta nuestros días, la biomedicina, único saber y práctica terapéutica oficialmente aceptada y legislada, oferta sus prácticas en diversos ámbitos que, de acuerdo con la localización, la cantidad y la complejidad de servicios y la pertenencia administrativa y presupuestaria (municipal, provincial o nacional) pueden constituirse como salas de atención de la salud de nivel primario, hospitales generales en los que se brinda atención secundaria u hospitales de especialidad asociados al tercer nivel de atención, en términos de la Organización Mundial de la Salud (OMS).

El hospital público se constituye así en la institución estatal —local o regional— que ofrece a la población los cuidados de la salud inscriptos en la lógica biomédica y en sus formas de comprender, diagnosticar, tratar y evaluar los estados saludables y las enfermedades. Se trata de un ámbito de interacciones complejas, en el que diariamente se vinculan distintos grupos sociales y culturales, así como variados colectivos profesionales: usuarios, personal biomédico de distintas especialidades como enfermería, Trabajo Social, psicología, administración y personal de dirección, en un contexto espacial y temporal delimitado por decisiones micro y macro políticas, presupuestarias y administrativas del sector estatal, representado por los directivos de la institución, las autoridades políticas de la localidad y el gobierno central en el que esta se inserta.

En el marco de un proyecto financiado por la Agencia de Cooperación Internacional¹, iniciamos

un trabajo de campo con el objetivo de recabar los relatos y las experiencias de los profesionales que se desempeñan en el ámbito de la salud pública² en el área metropolitana de Buenos Aires (Argentina), para contrastarlo con los materiales que, en el marco de nuestro propio proyecto de investigación, habíamos recogido entre los usuarios del sistema de salud de la misma área. La posibilidad de comparar ambas perspectivas nos interesaba particularmente, puesto que nos permitía ampliar la mirada y el análisis al poner en juego diversas perspectivas sobre el mismo hecho o fenómeno social: el campo de la salud y las interacciones de sus protagonistas.

El tema que focaliza este artículo se inscribe en el campo de la sociología y de la antropología médica, al abordar específicamente las experiencias de los actores sociales en un ámbito intercultural de ofertas y demandas de atención de la salud, temática que ha sido de interés en los últimos tiempos para distintas disciplinas sociales y sanitarias (Comelles, Allué, Bernal *et al.* 2010; Gijón Sánchez 2011; Gijón Sánchez y Saizar 2013; Krmpotic 2013; Mignone 2001; Van Dijk 1998; Winkelman 2009; entre muchos otros). Asimismo, el artículo aborda el análisis de algunos aspectos que refieren al desarrollo de las discusiones más recientes de la bioética (Luna y Salles 2008), en cuanto que considera la importancia de los factores que inciden en la construcción de las relaciones entre profesionales de la salud y los usuarios de dichos servicios, así como las manifestaciones del fenómeno

teriores del Estado español. Los equipos españoles pertenecieron a la Universidad de Málaga y a la Universidad de Cádiz. La contraparte argentina fue el Instituto Universitario Nacional del Arte y la brasilera la Universidad de Santa Catarina. Agradecemos también la posibilidad de realizar este trabajo al Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Tecnológicas y al Centro Argentino de Etnología Americana, donde desarrollamos nuestras actividades de investigación.

- 2 En Argentina, el sistema sanitario se constituye a partir de la existencia de tres subsectores: 1) el subsector público que incluye la atención de la salud en hospitales y la descentralización de ellos en centros de atención primaria de la salud; 2) el subsector la seguridad social, al que pertenecen las obras sociales, generalmente pertenecientes a gremios de trabajadores; y 3) el subsector privado, representado por el seguro médico privado (Fidalgo 2009). Es en este sentido que denominamos “público” al servicio de atención de la salud brindado por el Estado argentino.

¹ Se trató del proyecto de investigación: “Fortalecimiento institucional de servicios sociales de salud y dinámicas del Estado post-social” financiado por la Agencia Española de Cooperación Internacional, dependiente del Ministerio de Asuntos Ex-

que indican hechos de violencia hacia los profesionales, que es ejercida por los usuarios en el contexto de la atención socio-sanitaria (Burgos y Paravic 2003; Letelier y Valenzuela 2002; Paravic, Valenzuela y Burgos 2004). En este sentido, el presente trabajo retoma aspectos de orden micro que, alejados de los grandes temas de debate de la disciplina, focalizan el estudio de las situaciones cotidianas que ocurren en el contexto de la atención de la salud y que, si bien no ameritan la intervención de los comités de bioética, representan un fenómeno de real importancia en la vida diaria de las instituciones.

De este modo, las relaciones entre los actores constituyen un interesante campo de análisis en el que se visualizan las diferentes perspectivas de tipo micro en torno a las concepciones acerca de la salud, pero también de la enfermedad, el cuidado, las atribuciones etiológicas y los modos de concebir a la persona —en especial a su cuerpo—, así como manifiestan la existencia de factores de índole macro que inciden en el devenir de las instituciones, y por ello, en las posibilidades de acción y respuesta de los profesionales respecto de las demandas de los usuarios.

Para llevar adelante este trabajo, en primera instancia, describiremos las aristas principales del tema y la pertinencia de estudiar y analizar este tipo de fenómenos, los que parecieran suceder más allá del nivel de complejidad de los sistemas de salud y de la situación social y económica de los países. En segunda instancia, describiremos el campo de estudio —focalizado en instituciones hospitalarias estatales del Área Metropolitana de Buenos Aires—, para luego acceder al relato de los usuarios y de los profesionales de la salud, de cuyo análisis surge la propuesta de categorizar en diferentes ejes las razones del encuentro y desencuentro entre ambos grupos.

Hemos elegido una metodología de tipo cualitativa, con un abordaje fenomenológico, en cuanto nos permite rescatar no solo el relato de los actores, sino los sentidos más profundos asignados a la experiencia de la enfermedad y del cuidado, considerando el punto de vista de los actores sociales, no ya en un plano de lo ideal sino partiendo de la reflexión sobre situaciones reales de la vida cotidiana en las instituciones de salud.

El material analizado en este artículo proviene de tres fuentes etnográficas: 1) trabajo de campo realizado en tres hospitales del área de estudio; 2) entrevistas abiertas, extensas y recurrentes a usuarios y profesionales de la salud de dichos hospitales y 3) la realización de *focus group* con profesionales de la salud, realizados tanto en contextos hospitalarios como en asociaciones profesionales.

El trabajo de campo consistió en la concurrencia durante el período 2010-2012 a tres hospitales generales públicos del Área Metropolitana de Buenos Aires. Por motivos de confidencialidad con las instituciones que así lo requirieron, evitamos nombrarlas, las que son, sin embargo, representativas en cuanto a la población —cualitativa y cuantitativamente considerada, en función del territorio en el que se inscriben—. En cada uno de ellos se realizó observación y observación participante en las salas de espera de las áreas de Emergencias, Pediatría, Clínica y Ginecología, durante el turno de la mañana, horario que fue elegido en virtud de que representa el momento de mayor demanda de pacientes en las instituciones. Asimismo, entrevistamos *in situ* a algunos de esos pacientes, a quienes se les preguntaba el motivo de asistencia y, en los casos en que accedieron, sus reflexiones posteriores a la consulta con el especialista. Durante el trabajo de campo, entrevistamos a profesionales de la salud en las áreas donde hicimos observación participante³.

El perfil de los usuarios de estos tres hospitales puede definirse como población de clase media y media baja, con niveles de ingreso económico medios y bajos, y con nivel de instrucción que va desde la primaria completa (nivel básico obligatorio), a la secundaria incompleta y pocos casos de universitarios.

Respecto de las entrevistas abiertas, extensas y recurrentes, estas fueron realizadas a quince usuarios, seis de un hospital, cuatro del segundo y cinco del tercero. Las preguntas disparadoras del diálogo

3 El registro de estas entrevistas se realizó en el cuaderno de campo, puesto que el permiso institucional requerido para grabar las entrevistas hubiera retrasado meses la investigación. Con el consentimiento verbal de los entrevistados y de las entrevistadas, se tomaron notas en el momento del encuentro. Al igual que en todos los otros métodos de recolección de información, se mantuvo la confidencialidad de los entrevistados.

apuntaron a las reflexiones de los pacientes en torno a su proceso de enfermedad y salud. En virtud de que las entrevistas fueron tomadas en el contexto de un más amplio objetivo de investigación —la experiencia de enfermedad entre usuarios de los sistemas públicos de salud y las estrategias de complementariedad terapéutica— utilizamos para este recorte del tema solo aquellas respuestas que respondían al interés central del artículo. Las entrevistas tuvieron lugar en los domicilios de los usuarios y en locales de café cercanos a los hospitales, en los casos en que así lo prefirieron los entrevistados. Las entrevistas fueron grabadas analógicamente y digitalmente, luego se transcribieron, aunque se introdujeron algunos cambios para facilitar la comprensión del texto. La extensión temporal de las primeras entrevistas a cada paciente osciló entre 30 y 95 minutos, mientras que las segundas fueron de menor duración, en cuanto tenían como objetivo aclarar algunos aspectos de las primeras que se deseaba retomar en otra instancia.

Finalmente, los *focus group* fueron realizados en dos ámbitos diferentes: los realizados con trabajadores sociales en un colegio de Trabajadores Sociales del Área Metropolitana, a los que asistieron profesionales de diversos hospitales privados y públicos, entre los que se encontraba uno de los que habíamos realizado trabajo de campo. La selección de las ocho profesionales se diseñó mediante un muestreo intencional, con la adopción de un criterio de segmentación en el que se tomó en cuenta tanto la profesión de trabajo social sanitario como el desempeño profesional en servicios sanitarios públicos. Las participantes asistieron voluntariamente y colaboraron desinteresadamente con nosotras⁴. El segundo *focus group* tuvo lugar en un hospital del Área Metropolitana de Buenos Aires, al que asistieron profesionales de la biomedicina, de enfermería

y de psicología⁵ que asistieron como parte de una convocatoria de las jefaturas de sus áreas de trabajo. En este caso, las preguntas estuvieron dirigidas a generar el debate y la reflexión de los doce participantes sobre las condiciones de trabajo, la relación con los pacientes y con la institución. Del total de asistentes, dos de ellos eran psicólogos, cuatro enfermeros —tres mujeres y un varón— y los restantes médicos de las especialidades de pediatría, clínica médica y cirugía. Todos ellos habían participado o se encontraban participando activamente del sistema de guardias y urgencias del hospital.

Los nombres de quienes participaron tanto en ocasión de las entrevistas individuales como en los dos *focus group* han sido cambiados para mantener la confidencialidad de la información.

El hospital, un espacio comunitario en su diversidad

En el desarrollo de esta investigación, comprenderemos al hospital como una comunidad, coincidiendo con Eroles (2005), quien señala que esta puede ser definida en términos de un sistema dinámico de actores sociales que interactúan en torno a intereses comunes, diversos y definidos ampliamente por parámetros culturales; en el que es central para su existencia el compartir un mismo campo de interés material y simbólico. La vida en comunidad supone no solo compartir un espacio y un tiempo, sino también una historia y un porvenir comunes; implica la coexistencia de distintos individuos, familias y grupos con culturas, intereses y objetivos a veces similares, a veces dispares. Toda vida en comunidad conlleva acuerdos y desacuerdos, proyectos que aúnan y dividen, y experiencias que distancian y acercan a los sujetos. Tales situaciones pueden explicarse en numerosas ocasiones por diferencias culturales, es decir, distintas perspectivas acerca de los sucesos que llevan a los habitantes de una comunidad a mutuas incomprensiones.

⁴ Agradezco a la Dra. Teresa Gijón Sánchez por la coordinación de este *focus group*. Si bien el objetivo del mencionado encuentro fue el de analizar las reflexiones en torno a las concepciones de la diversidad cultural entre las trabajadoras sociales que asistieron, en el desarrollo del encuentro surgieron aspectos que responden al interés de este artículo. Los resultados de la investigación conjunta con Gijón Sánchez pueden consultarse en Gijón Sánchez y Saizar (2013).

⁵ Agradezco a la Dra. Claudia Krmpotic por la co-coordinación de este *focus group*, que fue realizado en el marco de las tareas de investigación pertinentes al desarrollo del Proyecto Aecid anteriormente nombrado.

Como plantea Idoyaga Molina, refiriéndose específicamente al ámbito hospitalario:

si consideramos, por un lado, que la biomedicina es definible como un sistema cultural y, por otro, que los conflictos también incluyen a individuos de cultura occidental [...] cualquier episodio de atención de la salud en el hospital puede entenderse como un encuentro intercultural, capaz de generar un diálogo de sordos entre el profesional de la salud y el usuario en virtud de irreductibles concepciones sobre la enfermedad y la terapia [...]. (2011, 171-172)

Es así que al interior de los hospitales tienen lugar situaciones en las que la falta de entendimiento, los desencuentros y los conflictos requieren algún tipo de resolución. Algunas de estas situaciones son motivo de intervención de los comités de bioética (Luna y Salles 1995). Sin embargo, también ocurren otro tipo de desacuerdos y conflictos, que, sin revertir la importancia de los anteriores, son experimentados como tales por quienes comparten la vida cotidiana del hospital. Estas situaciones, como veremos en el desarrollo del trabajo de investigación, no ameritan por sus características el tratamiento en los comités de bioética de las instituciones, puesto que se trata no de conflictos relativos al creciente avance y tecnologización de las ciencias de la vida y de la biomedicina, sino de pequeños quiebres en el entramado de las relaciones sociales, eventos signados por las desigualdades de perspectiva y la dificultad de comprender las diferencias culturales, las experiencias de dolor y de enfermedad, los alcances y los límites de los roles profesionales, en fin, de una serie de situaciones que patentizan la existencia de cierta diversidad existente entre profesionales y usuarios al momento de comprender los procesos de salud y enfermedad.

A continuación, basándonos en los materiales originales recabados en el desarrollo del trabajo de campo, distinguiremos la perspectiva de usuarios y especialistas del ámbito biomédico en torno a los conflictos que cotidianamente suceden en el ámbito hospitalario. Sin querer categorizar en exceso, planteamos los principales ejes que aglutinan las opiniones, experiencias y reflexiones de ambos

tipos de actores sociales, enumerándolas en un orden que no pretende jerarquizar, sino simplemente aclarar la exposición.

Los desencuentros desde la perspectiva de los usuarios

La atención de la salud en los hospitales comprende un proceso que se inicia con la recepción del paciente en la institución, pasando por el diagnóstico, el tratamiento y los controles posteriores. Durante el trabajo de campo en las salas de espera, preguntamos a los entrevistados cuáles eran sus experiencias y de qué manera habían atravesado —o estaban atravesando— su paso por el hospital. En el transcurrir de las entrevistas, ciertos tópicos de la relación con los profesionales de la salud aparecían recurrentemente. Si bien la mayor frecuencia de conflictos se presenta en la vinculación con los especialistas biomédicos, también se refieren situaciones de desencuentro con el personal de enfermería, de psicología y de trabajo social. En este último caso, como veremos, se da una situación de ambigüedad en la que, por un lado, los usuarios se sienten censurados por las trabajadoras sociales y los trabajadores sociales cuando estos replican el discurso y la lógica biomédica, pero acompañados por ellos, cuando perciben que las situaciones de sus vidas familiares, laborales y afectivas son puestas en consideración por los profesionales como parte central de sus experiencias y de las posibles formas de afrontarlas.

A continuación, presentamos cada uno de los ejes en un orden que se corresponde con las reflexiones respecto a cada una de las instancias de atención y cuyos contenidos hacen mención a las relaciones de cercanía/lejanía o acuerdo/desacuerdo entre los profesionales del cuidado y los usuarios: el trato recibido, el discurso incomprensible, la noción de cuerpo y la posibilidad de la censura ante otras opciones. Finalmente, describiremos los ejes que hacen referencia a las diferencias en el modo de comprender la enfermedad y su tratamiento entre biomédicos y usuarios, desde la perspectiva de estos últimos, cuyos contenidos reflejan principalmente la relación entre el usuario y el profesional biomédico.

El trato recibido

La experiencia de los usuarios en ámbitos hospitalarios denota, a través de múltiples ejemplos, la clara percepción de pérdida de tiempo, la cual es atribuida, en términos generales, a la falta de interés de los profesionales tanto en el acceso a la atención de los diferentes servicios como en el proceso diagnóstico inherente a la terapia.

Así, la demora en la atención de urgencias y las largas esperas que anteceden a la atención en los consultorios, la antelación —a veces de meses— con la que es necesario solicitar una consulta, la falta de respuesta de los enfermeros frente a los reclamos de los pacientes internados, la corta duración de las entrevistas con las y los trabajadores sociales, la pérdida de identidad que supone el transformarse en un número de historia clínica o social o ser denominado por la patología que se padece, ejemplifican situaciones en las que los usuarios perciben falta de interés de parte de los profesionales por el contenido de sus historias particulares, su experiencia de padecimiento y el uso de su tiempo.

Por supuesto, ciertas situaciones pueden ser vivenciadas como urgentes por un paciente y su familia, y no necesariamente ser catalogadas como tal por parte de los especialistas, hecho que no evita ni invalida la experiencia de abandono que perciben los usuarios (Saizar 2007). Al respecto, es necesario recordar que entre pacientes y biomédicos existe una diferencia en la percepción y experiencia de la enfermedad (Laplantine 1999). Esta es muchas veces dispar e incluso contradictoria, en cuanto los biomédicos han sido formados en una lógica de corte biologicista, que los lleva a priorizar signos y síntomas que sobrepasan la experiencia subjetiva del dolor, aspecto que es de gran importancia para la vivencia del doliente. En el caso de las y los trabajadores sociales esta diferencia en la atribución de la calidad de urgente o no de una situación puede deberse a la existencia de criterios profesionales que los llevan a evaluar de un modo diferente la situación que presenta el usuario y, en el caso de los enfermeros, la sobrecarga de trabajo o reacción frente a la demanda continua de algunos pacientes.

Más allá de las razones que sustenten estas diferencias, la disimilitud de sentidos y la ausencia de comunicación de los motivos que fundan las actitudes cuestionadas, genera en los usuarios una vivencia de lejanía con los especialistas, al sentirse ignorados y menospreciados en su condición de enfermos o sufrientes.

El discurso incomprensible

La incomprensibilidad del discurso es principalmente atribuida a los biomédicos, psicólogos y psiquiatras y, en menor medida, a los enfermeros y trabajadores sociales. En el momento en que la consulta con el especialista se haga efectiva, los usuarios y las usuarias tienen interés en que el profesional explique e informe acerca de las características de su enfermedad o padecimiento, la gravedad del mismo, el tiempo requerido para su curación y las consecuencias que, tanto la dolencia como la terapia, tendrán en el desarrollo de su vida cotidiana. Es decir, se espera que el biomédico “nombre” la enfermedad que atraviesa, es decir, que ponga en palabras claras y sinceras las causas y las consecuencias posibles de su padecer (Montgomery 2005; Saizar 2007).

En esta situación, los entrevistados y las entrevistadas refieren que suelen recurrir a las y los trabajadores sociales para que oficien de mediadores, traduciendo el discurso críptico de los otros profesionales, utilizando un lenguaje cotidiano y comprensible. Es frecuente observar por los pasillos de los hospitales a un trabajador social o a una trabajadora social que, a pedido de un enfermo o de un familiar, se detiene a dialogar con el solo objeto de poner en palabras comprensibles los dichos del biomédico, el psicólogo o el psiquiatra.

Si bien algunos usuarios reconocen un esfuerzo del biomédico por acercar una explicación más asequible, esta no es, por lo general, lo suficientemente comprensible desde su perspectiva, lo que provoca que la situación de desconocimiento de la propia enfermedad continúe generando incertidumbre y sufrimiento, no solo al paciente, sino también a su familia. Los entrevistados refieren la incomprensión de las explicaciones del especialista incluso ante situaciones tan especiales como una intervención quirúrgica

o el diagnóstico de una enfermedad potencialmente terminal, como el cáncer. Si bien estas actitudes han sido atribuidas al desbalance de poder en la relación biomédico-paciente (Montgomery 2005), creemos que sería necesario profundizar en el estudio de los mecanismos por los cuales los pacientes no cuestionan hasta comprender la causa y las consecuencias de su enfermedad, los que quizás se sustentan en factores de índole cultural que deberían ser analizados.

Un caso paradigmático que permite visualizar estas situaciones desde la perspectiva del doliente es el de la norteamericana Chloë Atkins, quien relata en su libro *My imaginary illness. A journey into uncertainty and prejudice in medical diagnosis* (2010) su odisea en la búsqueda de diagnóstico y tratamiento a su enfermedad. El relato, escrito en primera persona, narra numerosos hechos en los que la autora es acusada por los especialistas de inventar su enfermedad, en un intento de llamar la atención de sus familiares, de sus amistades e incluso del personal biomédico. La autora muestra cómo los límites de la ciencia biomédica y las dificultades para diagnosticar cierto tipo de dolencias, se traducen en conductas de maltrato hacia los pacientes, a quienes, como en el caso de Atkins, se los acusa de somatizar intencionalmente sus desórdenes psíquicos. Durante más de veinte años Atkins intentó que los numerosos biomédicos que la trataron dieran crédito a su dolor, legitimaran su experiencia de sufrimiento y no la condenaran a la marginalidad del descreimiento. Es interesante señalar que, más allá de las restricciones que sufren los usuarios del sistema de salud de su país cuando solo tienen acceso al sistema de seguridad social, la autora poseía una situación económica estable y próspera que le permitía elegir centros de atención considerados de primera calidad, accediendo a un nivel de atención de excelencia, lo que de ninguna manera le permitió escapar a la censura y el abandono debidos a la incomprensión.

La noción de cuerpo

La conclusión de que las ideas y experiencias en torno al proceso de enfermedad implican una serie de factores que superan ampliamente la mera consideración de las causas de índole biológica no es ninguna novedad para la antropología y la sociolo-

gía médica. Diversos autores han señalado que una determinada comprensión del cuerpo es inherente a cada tipo de medicina y fundamenta no solo la atribución etiológica de la enfermedad, sino también las posibles acciones terapéuticas afines. Son estas nociones sociales de enfermedad y de persona las que sustentan la selección y combinación de medicinas y prácticas muy diversas en cuanto a sus fundamentos terapéuticos (Cant y Sharma 1999; Idoyaga Molina 1997 y 2007; Kleinman *et al.* 1978).

La noción de cuerpo que rige la terapia biomédica lo señala como un complejo sistema biológico, que menosprecia y, a veces, hasta ignora la vida emocional y social del individuo (Good 1994; Idoyaga Molina 2007; O'Connor 1995). Esta visión que fragmenta la comprensión del cuerpo es percibida de manera negativa por los pacientes, que refieren la experiencia de sentirse incomprendidos y sin recibir contención emocional por parte de los profesionales de la salud. Desde su perspectiva, los especialistas biomédicos les “dedican poco tiempo”, “no los escuchan”, “no los entienden”, es decir, parecieran no comprender la experiencia de dolor desde la perspectiva del enfermo y su familia, mirada en la que la persona es inseparable de su entorno social, laboral y afectivo. La ausencia de una mirada integral del individuo por parte de la biomedicina ha sido señalada como uno de los motivos que impulsan a la búsqueda de otras medicinas y terapias, poniendo de manifiesto un rechazo a los dualismos naturaleza/cultura, individuo/sociedad, mente/cuerpo y sujeto/objeto, y la oposición a la creciente invasión de la tecnología en los sistemas diagnósticos (Lupton 2003).

En el caso de las y los trabajadores sociales que desarrollan su tarea en el hospital, es común advertir la adherencia en el discurso a una mirada biologicista de la persona, lo que genera, en ciertas circunstancias, una falta de consideración de aspectos sociales y culturales que pareciera reflejar, por parte de estos profesionales, un menosprecio de sus propias bases epistemológicas por la adherencia a la lógica biomédica; esto genera situaciones de incomprensión y, sobre todo, de lejanía en el vínculo con el usuario, quien se siente desvalorizado en sus creencias y menospreciado en sus saberes. Al menos en lo que

hace al caso de los trabajadores y las trabajadoras sociales en la Argentina, esta adherencia al modelo biologicista puede explicarse como el resultado de la instrucción recibida en la formación universitaria, la que responde a un paradigma racionalista que solo tiene en cuenta los aspectos biológicos de la enfermedad y que, en lo que hace al desempeño de los y las profesionales de Trabajo Social, prolonga la tradición de subordinación a las jerarquías médicas.

La posibilidad de la censura ante otras opciones

Las diferencias que hemos relatado hasta aquí, y que manifiestan notables diferencias en la de atribución de sentidos, son las que fundan la elección de una medicina u otra, de acuerdo con lo que el doliente o su familia interpreten como causas de la enfermedad y, por ende, lo que consideren como vías de solución adecuadas (Saizar 2007, 11).

Los usuarios reconocen que muchas de las opciones diferentes a la oferta oficial de salud no son aceptadas por los biomédicos y profesionales del sector, lo cual no implica que no sean seleccionadas y combinadas, pero sí genera estrategias de negación (Idoyaga Molina 1997), utilizadas como una conducta preventiva y de defensa frente a la segura censura del médico, que las atribuye a la ignorancia del paciente. Esta atribución es rechazada por los usuarios y adjudicada, en cambio, a la falta de conocimiento de los biomédicos y profesionales de la salud acerca de otras formas de curar y, sobre todo, al temor de perder un espacio de poder y de saber consolidado.

Es frecuente, en este sentido, encontrar señalamientos al proceder de los y las profesionales del trabajo social en hospitales, que, de acuerdo al relato de los entrevistados, no comprenden las razones de sus decisiones ni validan otras maneras de resolver las situaciones, lo cual los asemeja a los biomédicos en su manera de comprender la realidad de los usuarios. La queja más frecuente refiere a la censura en los modos de criar, alimentar y cuidar a los infantes, el uso de recetas de la medicina tradicional y de la consulta a curanderos para el tratamiento de las enfermedades de los distintos miembros de la familia y el “reto” que reciben las mujeres frente a cada nuevo

embarazo⁶. Desde la perspectiva de los entrevistados y las entrevistadas, el reclamo no intenta hacer inválido el saber científico que detentan los y las profesionales de la salud, sino que se presenta como un pedido de autonomía en las decisiones del cuidado a los enfermos.

Los métodos diagnósticos

El diagnóstico biomédico es una instancia visible para el paciente que implica acciones de intervención sobre el cuerpo —auscultar, medir, pesar, tocar, escuchar, etc.—, mientras que no sucede lo mismo en el caso de los psicólogos y trabajadores sociales. En este sentido, podríamos decir que la etapa diagnóstica es claramente percibida como tal solo en el caso de los biomédicos, mientras que en el de los otros profesionales queda invisibilizada en el contexto de la entrevista, al igual que sucede con las etapas de tratamiento y seguimiento.

Los procesos implicados en la detección y clasificación de la enfermedad se han visto profundamente transformados en las últimas décadas, como resultado de la creciente tecnologización de los sistemas de diagnóstico biomédicos, que ha permitido enormes avances en la detección temprana y el tratamiento eficaz de múltiples dolencias. De modo particular, el impacto de la creciente oferta de tecnologías diagnósticas y terapéuticas ha significado el incremento de las solicitudes de una serie cada vez más numerosa de estudios y análisis de laboratorio, requeridos por los especialistas a sus pacientes. En algunos casos, este hecho genera en los usuarios la percepción de agresividad en la terapia, la implicancia de algunas prácticas invasivas y dolorosas y un alto costo económico que deben costear y que no siempre son contempladas por la cobertura de la obra social o del sistema prepago que poseen⁷.

6 Al igual que sucede con los demás ejes de conflicto, nos remitimos a expresar la opinión de los entrevistados y las entrevistadas, sin por ello presuponer acuerdos con tales expresiones.

7 Al respecto es necesario señalar que si bien la cobertura del sistema de salud público de la Argentina contempla la gratuidad de numerosos niveles de complejidad diagnóstica y terapéutica, no todos los hospitales cuentan con el equipamiento necesario o las condiciones de funcionamiento para asegurar las posibilidades reales de acceso, motivo por el cual muchas veces los

El núcleo de la queja se centra en estos casos en la percepción de los pacientes acerca de la inutilidad de semejante complejidad frente al tratamiento de las dolencias más frecuentes. Síntomas que hace una década hubieran requerido un simple diagnóstico corporal a manos del biomédico, acompañado de una serie de preguntas dirigidas al paciente con el objetivo de conocer la frecuencia del dolor, su localización, los signos asociados desde la perspectiva del doliente, etc., generan hoy en día la demanda de una serie de estudios de alta complejidad, dejando de lado lo que el paciente y su familia tienen para decir acerca de su padecer y descartando, definitivamente, el diagnóstico manual.

Los métodos terapéuticos

De acuerdo con el relato de los usuarios entrevistados, los medicamentos alopáticos que les recetan los especialistas de la biomedicina suelen generar malestares que se suman a los propios de la enfermedad que intentan curar. Desde su perspectiva, los biomédicos no suelen prestar atención al relato de estos efectos, que incluyen una variedad de manifestaciones que van desde dolores de cabeza, dificultades en la vista, adormecimiento o problemas digestivos hasta problemas circulatorios, úlceras y migrañas. Los entrevistados describen los denominados efectos secundarios como una nueva enfermedad que puede resultarles incluso más molesta que la dolencia original. Ya Idoyaga Molina (1997) había notado cómo la descripción de los posibles efectos colaterales en los prospectos de los medicamentos suele entenderse como un listado de las enfermedades que generan su ingestión.

En los casos en que la molestia causada es mayor que las consecuencias percibidas de la dolencia, los usuarios refieren el abandono del tratamiento, al considerar más molestos o problemáticos los efectos secundarios que la misma dolencia. En estas ocasiones, los individuos deciden cancelar el consumo de

usuarios deben costear los estudios en centros privados o solicitar la realización en otros centros públicos, lejos de su hogar. En los casos en que no puede accederse a los procedimientos diagnósticos y se padece una enfermedad que es considerada grave, estas situaciones generan la sensación en el enfermo y/o su familia de que algo que era importante para el tratamiento de la enfermedad no se ha completado, y que quizás eso acarree el fracaso del tratamiento.

los fármacos sin consultar al especialista, al considerar que está en riesgo su salud, situación que es reinterpretada desde la biomedicina como una conducta inconstante que impide arribar a una cura completa. En esta ocasión, al igual que en otras, la percepción del usuario no necesariamente coincide con la del biomédico, pues mientras esta última sustenta su clasificación de los males por asociaciones de síntomas y signos biológicos, la otra responde a una experiencia subjetiva del dolor.

La prescripción de medicamentos alopáticos que estarían destinados a cumplir una función terapéutica es reinterpretada por los usuarios y las usuarias, en algunos casos, como mero paliativo o tranquilizador para el enfermo o sus familiares, pero que carecen de eficacia terapéutica. Ejemplo de esto son los medicamentos recetados para las alergias, los procesos virales o las jaquecas agudas, que actuarían, desde esta perspectiva, como paliativos temporales de las manifestaciones de la enfermedad, pero que de acuerdo con los usuarios no actuarían sobre el origen del malestar, que es generalmente atribuido a factores de índole emocional, vincular y social.

La efectividad terapéutica

La curación, entendida como el cese de la experiencia del dolor, se comprende desde la perspectiva de los usuarios y las usuarias entrevistados desde dos perspectivas diferentes. Por una parte, cuando la enfermedad es categorizada como leve, pasajera y atribuida a causas naturales —dolores de cabeza, malestares estomacales, resfríos, gripes, dolores de muelas, etc.—, los usuarios y las usuarias que entrevistamos suelen asumir que la desaparición de las manifestaciones indica el fin de la dolencia. Por otra parte, cuando el padecer es connotado como grave, extenso en el tiempo o incluso letal —desde perspectivas culturales y, por ende, intersubjetivas—, la curación no es equiparable a la mera desaparición de los síntomas. En estos casos —cáncer, lupus, diabetes, pérdida de audición o de visión—, la sanación es comprendida como un proceso que finaliza cuando desaparecen las causas primeras de la enfermedad, que involucran aspectos sociales, emocionales e incluso económicos y no meramente orgánicos.

En ambos casos, lo que los profesionales de la biomedicina entrevistados definen como curación —la desaparición de los síntomas y signos de la enfermedad— no necesariamente concuerda con la percepción de los usuarios, quienes evalúan en otros niveles la eficacia de tal hecho. Es así que se producen situaciones de abandono o, por el contrario, de ampliación de las estrategias de tratamiento, dependiendo de la identificación de la dolencia que realiza tanto el enfermo como su familia y entorno, sobre la base de criterios de carácter holístico.

La continua derivación

La creciente especialización y división en ramas que ha experimentado la biomedicina durante las últimas décadas ha generado, más allá de las bondades de la especificidad de las miradas en lo que hace al tratamiento de la dolencia, un aspecto que podría entenderse como negativo: se trata de la fuerte fragmentación de la atención del individuo, el que es analizado, diagnosticado y tratado en función de sus partes orgánicas y de los sistemas biológicos implicados directamente en la dolencia. En la Argentina, la figura del médico “de familia” —médicos clínicos que cuidaban de la salud de todos los miembros de un mismo grupo familiar— ha desaparecido paulatinamente para dar lugar a especialistas que dividen al cuerpo en diversas regiones, externas e internas, pediátricas, adultas y gerontológicas, femeninas y masculinas (oculista, otorrinolaringólogo, neurólogo, cardiólogo, gastroenterólogo, ginecólogo, andrólogo, proctólogo, urólogo, traumatólogo, pediatra, etc.) y en la focalización de la atención de dolencias específicas (oncólogo, infectólogo, alergista, etc.).

De acuerdo al relato de los usuarios y las usuarias entrevistadas, parecería que en repetidas oportunidades se presenta el problema de distinguir a qué especialista le correspondería el tratamiento de determinadas afecciones, lo que da lugar a constantes derivaciones, con la consiguiente pérdida de tiempo, dinero y paciencia del usuario. Finalmente, la derivación, que se postula desde la biomedicina como un beneficio para el paciente en cuanto se intenta brindar una atención especializada y específica, resulta perjudicial desde la perspectiva de algunos

usuarios que la perciben como una experiencia de atomización de su persona y de pérdida de tiempo, que incluso provoca el abandono del tratamiento.

Los motivos expuestos por los entrevistados y las entrevistadas refieren así diversos aspectos que hacen tanto a la percepción de lejanía y desencuentro en la relación con los profesionales de la salud como a la posibilidad de sentirse contenidos y acompañados por esos mismos profesionales. A modo de síntesis, podríamos decir que cada vez que un paciente percibe que la o el profesional que lo recibe en la consulta le dedica tiempo, escucha con atención su relato acerca de la enfermedad, le explica con claridad los alcances de su dolencia, los posibles métodos diagnósticos y terapéuticos, y las probabilidades de obtener la cura, el o la paciente se sienten tratados como personas, individuos, que atraviesan una experiencia particular de enfermedad que merecen atención terapéutica pero también contención. Quisiéramos resaltar que en ninguna de las entrevistas realizadas la queja de los pacientes aludió a la mirada biologicista de los profesionales de la salud; en ese sentido, ninguno expresó que un médico, un psicólogo o un enfermero debieran tratar la enfermedad como un curandero tradicional o un chamán, ni que un profesional del Trabajo Social debiera comportarse como un sacerdote, un pastor, un amigo o una amiga. La queja que refieren los usuarios y las usuarias que entrevistamos es acerca de la ausencia, en ciertas oportunidades, de un trato respetuoso que reconozca las necesidades particulares de cada individuo.

Por otra parte, cuando el o la profesional de la salud muestran una conducta que es percibida por el o la paciente como respetuosa de las particularidades propias de cada paciente, estos últimos destacan la calidad y calidez humana de la atención recibida.

Los conflictos desde la perspectiva de los profesionales de la salud

El sistema oficial de atención de la salud en la Argentina se caracteriza por ser universal, público y gratuito. La única medicina legalmente habilitada para intervenir sobre el cuerpo de los enfermos es la biomedicina. El sector estatal —tanto a nivel nacional,

como provincial o local— sostiene económicamente el funcionamiento de una gran red de atención de la salud, en la que se inscriben los hospitales generales. La dinámica de trabajo que se corresponde con estas instituciones se enmarca en el segundo nivel de atención (OMS 1978) e implica una serie de prácticas profesionales de consulta, diagnóstico, tratamiento y seguimiento de los pacientes en el marco de las lógicas biomédicas de comprensión de la salud y la enfermedad. Al interior de estos nosocomios se brinda atención médica programada y de urgencia, servicios de diagnóstico y tratamiento —tanto en consultorios externos como en salas de internación— de múltiples especialidades de la medicina, dirigido a pacientes que requieren servicios de una mayor complejidad que en el primer nivel (atención primaria) y menos específica que en el segundo nivel (atención especializada).

Desde la perspectiva de biomédicos, trabajadores sociales y enfermeros, el conflicto, en lo que refiere a la atención de la salud y su desempeño en el campo hospitalario, se divide en dos ejes: 1) los que se encuadran dentro de los contextos institucionales-políticos de los hospitales y 2) los que refieren a las conductas de los pacientes que asisten a esas instituciones.

Dentro de los primeros se mencionan:

Falta de recursos económicos

Los profesionales del hospital se describen partícipes de un sistema de salud que, como tantas otras instituciones estatales, ha sufrido los embates de las diversas crisis económicas y políticas por las que la Argentina ha atravesado en las últimas décadas. En este sentido, sus reflexiones apuntan a señalar que la situación de recorte presupuestario ocurrida durante la pasada década del noventa, como parte de las políticas de autogestión hospitalaria, impactó seriamente el devenir de las instituciones. Se señalan hechos tales como la falta de materiales de trabajo —desde gasas y jeringas, hasta antibióticos y material de cirugía— o las malas condiciones edilicias, que incluso llegan a contradecir profundamente las necesidades de asepsia y limpieza que la biomedicina reclama como requisitos *sine qua non* para el correcto cuidado de la salud.

Sobrecarga de tareas de trabajo

Este reclamo hace referencia a las dificultades que se plantean en el desarrollo de las tareas cotidianas del hospital. Según nos comentan en las entrevistas, a partir de las dos últimas décadas y como consecuencia de la baja en el monto de los salarios, los biomédicos tienen entre tres y cuatro trabajos permanentes en distintas instituciones, mientras que los trabajadores sociales y los enfermeros fluctúan entre dedicaciones completas en una misma institución y pertenencia a dos o tres instituciones diferentes, que en el caso de los trabajadores sociales puede incluso significar el desarrollo de tareas en distintos ámbitos —salud y educación, salud y justicia, salud y promoción comunitaria—.

Esta adscripción a diversas instituciones es planteada como una estrategia tendiente a obtener, mediante la suma de todos los salarios obtenidos, un ingreso económico similar al que se correspondía con un solo puesto de trabajo años atrás. En cuanto que las filiaciones institucionales combinan distintos ámbitos (a veces público-público o público-privado, e incluso privado-privado), los profesionales refieren un constante peregrinar de una institución a otra. La recarga de trabajo que significa la atención de pacientes en distintos lugares en una misma jornada laboral, así como las dificultades para conciliar las obligaciones asociadas a la pertenencia a distintas instituciones —cada una con sus propias lógicas y dinámicas particulares—, genera malestar individual, cansancio, falta de sueño, agotamiento e imposibilidad real de seguimiento de los pacientes. El desgaste tanto físico como mental no tarda en hacerse notar. La participación en el sistema de guardias activas provoca que muchos de ellos asistan a una de las instituciones en las que desarrollan sus tareas profesionales sin haber descansado lo necesario, luego de haber permanecido de guardia en otro hospital. En fin, se refiere una extensa serie de derivaciones que, proviniendo de cambios en la remuneración salarial y en las condiciones generales del mercado laboral, pareciera haber impactado en las condiciones cotidianas en las que se desarrolla el proceso de atención de la salud, que alejan a los profesionales de la posibilidad de realizar las tareas del modo en que se considerarían ideal.

La ausencia de políticas de salud diseñadas a largo plazo

Los entrevistados y las entrevistadas refirieron que la problemática de los recortes presupuestarios y el consecuente declive de las instituciones hospitalarias se sustenta en una ausencia de políticas de salud —a nivel local y nacional— diseñadas a largo plazo. Puntualmente, señalaron la continua creación de políticas cortoplacistas que, si bien tienen una recepción y valoración positiva en estos contextos, son definidas como medidas aisladas que no permiten visualizar y concretar una estrategia más amplia de atención de la salud. Se distinguen así, por ejemplo, los problemas surgidos de la creación e impulso de las salas de atención primaria de la salud que se instalaron en los distintos barrios del Área Metropolitana de Buenos Aires en los últimos diez años, con el objetivo de redirigir la demanda de la población que concurría al hospital. La finalidad fue la de crear y mantener ámbitos de atención primaria de la salud, re-direccionando a la población a un primer centro de consulta en el que las necesidades de atención de la salud más frecuentes y que requieren menor complejidad técnica pudieran ser resueltas, lo cual establece al hospital como un espacio orientado al tratamiento de enfermedades agudas y crónicas y brinda a la población mejores condiciones en cada nivel de atención.

Años después de tal implementación, los resultados parecieran diferir de los objetivos planteados, pues la población concurre a estos centros principalmente para obtener los medicamentos prescritos por los especialistas que los han atendido en el hospital, solicitar certificados de salud o cumplimentar los calendarios de vacunación, estos últimos requisitos exigidos por la educación pública para los niños que se encuentran en edad escolar. La cantidad y calidad de población que demanda atención médica en el hospital permanece así casi intacta. Sin embargo, los recursos materiales y humanos han disminuido, puesto que las partidas presupuestarias destinadas a sostener el funcionamiento del hospital se planifican sobre la base de una supuesta disminución de la demanda y de la necesidad de distribuir el presupuesto

para cubrir las necesidades de las unidades de atención primaria de los barrios.

Ahora bien, respecto de las conductas de los usuarios, los biomédicos, trabajadores sociales y enfermeros señalan los siguientes ejes de tensión:

Cambios en la relación con el paciente

Los profesionales refieren la aparición de nuevas conductas de los usuarios acaecidas en la última década, cambios esenciales en la manera en que se establece el vínculo profesional-paciente. Aluden a una creciente violencia por parte de los usuarios que desdibuja los límites de la relación, que incluso se llega a manifestar en agresiones físicas, insultos y hasta atentados contra la propiedad hospitalaria. Se perciben abandonados por los marcos legales que rigen sus profesiones y que delimitan los alcances y límites de la relación con los pacientes; faltos de herramientas personales, colectivas e institucionales para afrontar estas situaciones, sin el apoyo de las autoridades locales o nacionales, quienes no han tomado en cuenta aún estos sucesos ni su gravedad.

Es interesante señalar que los entrevistados y las entrevistadas distinguen claramente los episodios de violencia y abuso sufridos por parte de las autoridades de aquellos que los enfrentan con los usuarios. Los primeros son conceptualizados como una parte negativa pero real de la situación laboral, que implica desde cuestiones asociadas a lo estrictamente laboral, como la sobre-exigencia de trabajo y la falta de reconocimiento económico, hasta cuestiones de índole personal, tales como la desvalorización del esfuerzo individual e incluso las experiencias de acoso sexual en el vínculo con otros profesionales de igual o mayor jerarquía. Al respecto, señalan que para estas últimas situaciones cuentan con el apoyo gremial de sus colectivos profesionales, las sanciones previstas por la legislación que los rige y las herramientas de detección y resolución que han recibido durante los períodos de formación en el transcurso de sus carreras universitarias. Por el contrario, frente al cambio de actitud trascendental de los usuarios se encuentran paralizados, acostumbrados a percibir al doiente y a su familia como “pacientes” que esperan,

en una actitud respetuosa, los consejos sobre cómo recuperar su salud y su bienestar.

Incumplimiento de las pautas de tratamiento

Como parte de las quejas frente a los usuarios —a quienes constantemente se refieren como pacientes— los biomédicos resaltan la falta de una conducta de adherencia al tratamiento farmacológico y dietario prescrito, lo que, de acuerdo con su criterio, conlleva la no resolución de las dolencias, la permanencia de los dolientes en un estado no-saludable y la consecuente recarga sobre la demanda al hospital. En esta misma categoría se engloba lo que los biomédicos denominan “abandono del tratamiento”, que se diferencia de la anterior por el hecho de que el usuario decide la interrupción de la consulta con el profesional en cualquiera de las instancias del proceso terapéutico, aun cuando puede suceder tanto en el momento del diagnóstico, como del tratamiento o del seguimiento de la evolución de la terapia sugerida. Algo similar ocurre con los y las profesionales del Trabajo Social entrevistados, quienes refieren sentirse tratados por los usuarios como simples gestores de trámites y certificados, pero dejados de lado en sus opiniones profesionales y en la posibilidad de intervenir a largo plazo. Una frase frecuentemente utilizada es “cuando consiguen el papelito, se van”. La imposibilidad de realizar entrevistas domiciliarias —por falta de tiempo y escasez de recursos humanos— es señalada como uno de los factores que desvirtúan el accionar profesional, al posicionarlos como gestores de trámites y alejarlos del contacto con las familias y las comunidades. Desde la perspectiva de los entrevistados y las entrevistadas, pareciera deducirse que ellos se perciben responsables del proceso y de sus resultados, solo cuando han estado presentes y han participado activamente en todas las etapas del proceso de atención de la salud.

Los motivos que conducen a la asistencia al hospital

Es frecuente escuchar a los biomédicos y biomédicas reclamar a los usuarios y usuarias que asisten al hospital y a la consulta de los especialistas frente a situaciones de emergencia —lo que en la jerga biomé-

dica se denomina “agudo”—, cuando el dolor físico es de tal intensidad que el doliente requiere atención inmediata; así como se escucha a los y las trabajadores sociales quejarse de la asistencia para obtener certificados o gestionar trámites de manera urgente sin mostrar “compromiso” con el proceso de intervención social.

Para una correcta organización del trabajo y una mayor eficiencia en el desempeño de sus prácticas terapéuticas, indican que lo óptimo sería lograr la concientización de la población que acude al hospital para que, enmarcados en estrategias de prevención y autocuidado de la salud, asistan a la institución con tiempo y sin las urgencias que implica el dolor. Asociado a este reclamo, aparece la queja por el desconocimiento y la falta de responsabilidad en los cuidados de la propia salud, incluso en individuos con buen nivel de educación y acceso económico. En el trabajo de campo y durante el desarrollo de las entrevistas individuales y grupales pudimos constatar que este ideal de la conducta del paciente, como un sujeto que puede distinguir, en términos biológicos, el nivel de gravedad de su dolencia y que acudiría a la consulta antes de llegar a un estado crítico, dándole tiempo al especialista y al sistema para resolver el tratamiento con mayores plazos de tiempo y mayor tranquilidad, suele evaporarse en la reacción del especialista frente a la llegada de pacientes que “no tienen nada”, “que vienen por las dudas”, “que durmieron mal dos noches y ya vienen” y “que no saben distinguir cuándo están enfermos de verdad”. En tal sentido, refieren la ineficacia de las campañas de prevención de la salud, a través de las cuales el Estado ha insistido en que los ciudadanos se responsabilicen del cuidado de su cuerpo, incluso cuando la enfermedad no se ha manifestado aún, y que debería dar como resultado, desde su perspectiva, un mayor conocimiento de los ciudadanos respecto a las características de las enfermedades que pueden merecer una visita al hospital.

Paradójicamente, como veremos en el siguiente acápite, cuando un paciente indaga en otros medios y busca información acerca de su dolencia previa a la consulta con el biomédico, es catalogado como un paciente difícil.

El empoderamiento de los pacientes

Alejados de cierta obligación a seguir las indicaciones del profesional frente a la enfermedad, los antes denominados “pacientes” parecen haber revertido los roles. Son ahora los usuarios, como refieren los entrevistados y las entrevistadas, quienes con cada vez más asiduidad deciden qué, cómo y cuánto están dispuestos a hacer para recuperar su salud. En tal sentido, ponen en duda la concepción del profesional como depositario del saber científico, al cuestionar las bases mismas del saber que da lugar a la posibilidad de realizar el diagnóstico, el tratamiento y de medir la eficacia de este. Es así que, por un lado, se enfrenta al especialista a otros colegas con quienes debe debatir, compartir y hasta ceder la atención del doliente y, por otro, se enfrenta al colectivo biomédico con otros colectivos de terapeutas no biomédicos y al trabajador social con otros actores de la vida comunitaria como pastores, sacerdotes y maestros. Esta tensión entre campos del saber profesionales y no profesionales implica que las opiniones, prácticas y diagnósticos sean puestos en juego y que sea el usuario quien decida cuál de las opciones considera correcta y eficaz.

Por otra parte, destacan el rol que distintos medios de comunicación y difusión de conocimientos, principalmente Internet, han tenido en este proceso de deslegitimación del saber asociado a la figura del profesional, sobre todo en el caso de los biomédicos, pero también en el de los trabajadores sociales. Los individuos recurren a portales de búsqueda de información para contrastar lo que el especialista les ha dicho, saber qué otras opciones de tratamiento tendrían, qué significan los vocablos técnicos con los cuales se construye la denominación y descripción de la enfermedad que padecen, cuáles serían los efectos colaterales de los fármacos prescritos o cuáles son los marcos legales y los programas de asistencia gubernamental que les asisten, entre muchas opciones que se amplían cada día.

Quienes se sienten más atemorizados frente a esta situación son los biomédicos, quienes refieren situaciones cada vez más frecuentes en las que el doliente llega a la consulta con un autodiagnóstico, realizado gracias a sus consultas en Internet. Ese diagnóstico, que puede

diferir del propuesto por el especialista, deriva en una pequeña discusión en la que el doliente incluso puede optar por el diagnóstico previo, rechazar la perspectiva del terapeuta y abandonar la consulta.

“Me siento temblar frente a algunos pacientes” es una frase que ha sido repetida en numerosas entrevistas recogidas, que muestra la percepción de inversión de los roles tradicionales de profesional y paciente. Asimismo, se destaca que estas situaciones no se relacionan únicamente con el nivel educativo y económico de los pacientes, sino que se han transformado en un fenómeno casi cotidiano, ampliado por el acceso a Internet y a los medios de comunicación de la mayoría de los pacientes.

La utilización de otras prácticas terapéuticas

Si bien la complementariedad terapéutica es una acción valorada positivamente en los grupos de reflexión de biomédicos con los que trabajamos, es necesario aclarar que no lo es en todas las circunstancias. Es valorada positivamente solo en aquellos casos en que es el mismo especialista el que brinda la información y realiza la prescripción de complementariedad, o en aquellos casos en que la otra terapia utilizada es considerada “aceptable”, término que pareciera referir a un campo cambiante e indefinible, en el que los biomédicos agrupan aquellas terapias que consideran inocuas, generalmente, sobre la base de una clasificación que prioriza el no-acceso al cuerpo del doliente, tanto en su exterior como en su interior. Así, terapias tales como el yoga, el Tai chi chuan o las prácticas propias de las medicinas religiosas son asumidas como placebo y se comprende que no contradicen los fundamentos del tratamiento biológico de la enfermedad. Por el contrario, cualquier terapia que implique el acceso de otro terapeuta al cuerpo del doliente, la prescripción de infusiones, dietas alimenticias, etc., son descritas como “supercherías y necesidades” que no solo no se perciben eficaces sino que se definen incompatibles para el correcto desenvolvimiento del tratamiento biomédico propuesto. En esta segunda categoría ingresan terapias tan diversas como el curanderismo, los distintos chamanismos propios de los grupos aborígenes presentes en el país, la Ayurveda, la herbolaria, etc.

Conclusiones

En este artículo nos propusimos distinguir y analizar los ejes que dan sustento, desde la experiencia y la reflexión de los propios actores sociales, a las tensiones, cercanías y lejanías entre usuarios y profesionales del sistema de salud, a partir de la concepción del hospital como una comunidad pluricultural.

Es así que, en primer término, considerando el relato de los usuarios para establecer ciertos ejes comunes, concluimos que los principales motivos de queja se relacionan con las características del vínculo establecido con los profesionales del sistema de salud, a quienes se atribuyen maltrato, discursos incomprensibles, incomprensión de otras perspectivas culturales acerca de la salud, la enfermedad, la persona y el cuerpo, así como la censura recibida cuando se opta por otros tratamientos, la agresividad y costo de los métodos diagnósticos-terapéuticos, la ausencia de efectividad de los tratamientos y las continuas derivaciones que los hacen peregrinar por distintos sectores del hospital en su búsqueda de salud. Como una constante que atraviesa cada uno de los relatos y unifica el discurso de todos los entrevistados, distinguimos la experiencia de sufrimiento y desazón ante el proceso de enfermedad (Saizar 2007, 16).

En segundo término, sobre la base de materiales originales provenientes de grupos focales y de entrevistas individuales a los profesionales de la salud —biomédicos, trabajadores sociales, enfermeros y psicólogos—, concluimos que sus reclamos pueden diferenciarse en dos grupos: por un lado, aquellos que hacen referencia a factores de orden institucional, económico, político y al impacto que estos tienen en el desarrollo de las tareas de atención de la salud —escasez de recursos económicos y humanos, e inexistencia (o ineficiencia) de políticas de salud diseñadas a largo plazo— y, por otro lado, aquellas cuestiones que específicamente tienden a manifestar la experiencia de desazón frente a los cambios en el rol de los usuarios, quienes reclaman mayor autonomía y participación en el proceso de sanación o intervención, en contraposición a la actitud tradicional del paciente como “aquel que espera”, un sujeto que, más allá de la posibilidad de reconocer su otredad

cultural, debe aprender cómo desenvolverse y cómo entender el mundo que lo rodea.

Los contenidos de los reclamos de usuarios y profesionales de la salud comparten ciertos aspectos generales, algunas veces de manera opuesta y otras complementaria; opuestas en aquellas oportunidades en que unos y otros hacen referencia a las nociones de persona, de etiologías de la enfermedad, de formas terapéuticas, de consideraciones acerca de qué es comprendido como saludable y qué no lo es, de los roles del profesional y del enfermo. Observamos así que lo que es percibido ininteligible para unos resulta claro para otros, a unos se les atribuye apuro y falta de claridad en la información brindada, a otros se les culpa de ignorancia y falta de atención. Por otra parte, las quejas de los usuarios que refieren las demoras de tiempo y la mala atención en guardia o en consulta pueden ser comprendidas como complementarias a las de los profesionales que reclaman mayor cantidad de personal para satisfacer la demanda de los usuarios.

Finalmente, respecto a la reflexión de los profesionales sobre la necesidad de contar con políticas claras y planificadas a largo plazo que aborden con previsión los temas de salud de la población, este es un reclamo que solo les atañe a los colectivos profesionales, en cuanto para los usuarios tales situaciones se relacionan más profundamente con la falta de interés de los biomédicos, la desconsideración del dolor ajeno y la ineficiencia para tratarlo.

Profesionales del cuidado y usuarios del sistema de salud comparten un mismo tiempo —signado por la desaparición del estado de bienestar— y un mismo espacio: el ámbito hospitalario. Como en toda comunidad, las relaciones son complejas, cambiantes y están atravesadas por intereses y pugnas de poder. La construcción de un sujeto cada vez más activo y con mayor autonomía en la búsqueda de su salud y bienestar ha reemplazado a la figura del paciente, aquel que esperaba con calma las indicaciones de un otro poseedor del conocimiento necesario para reestablecer la salud. Hoy en día, los dolientes se perciben como agentes necesarios en el proceso de salud y tratamiento, reclaman comprensión frente al dolor, pero también participación frente a las decisiones que

les atañen. Insisten en que es necesario establecer un diálogo sincero y comprensible en el momento de la consulta, quieren saber qué les está pasando, cuánto tiempo durará y qué consecuencias tendrá sobre su vida cotidiana. Piden atención, respeto y consideración por la situación de dolor que ellos o sus familiares atraviesan. Se definen poseedores de prácticas y saberes del cuidado de la salud que, aunque distintos a la biomedicina, merecen ser respetados porque han mostrado eficacia y ante la censura de los profesionales por consultar otras opciones optan por el silencio y la negación.

En tanto estas cuestiones ocurren en un ámbito público, cuyo marco de contextualización social y político es lo que se ha denominado Estado postsocial, creemos que más allá de la promoción de acciones gubernamentales tendientes a definir y sostener económicamente políticas de bienestar y salud para toda la comunidad, es necesario un replanteamiento de los actuales patrones de relación entre profesionales de la salud y usuarios, que promueva un modelo de mayor respeto y consideración de las diferencias culturales, que en buena medida permiten explicar el origen de los reclamos, lejanías y tensiones entre usuarios y profesionales de la salud.

Referencias bibliográficas

- Atkins, Chloë. 2010. *My imaginary illness. A journey into uncertainty and prejudice in medical diagnosis*. Ithaca: Cornell University Press.
- Bordes, Mariana. 2011. "La medicina integral en el Área Metropolitana de Buenos Aires ¿Un intento de cambio del paradigma biomédico?". *Estado, política social y cultura: Reflexiones sobre los Servicios Sociales y de salud*, 155-178. Anátilde Idoyaga Molina (ed.). Buenos Aires: Editorial Miño y Dávila.
- Burgos, Moreno y Tatiana Paravic. 2003. "Percepción de violencia de los pacientes hospitalizados en los servicios de medicina y cirugía de un hospital público, Octava Región". (Tesis para optar al título de Magíster en Enfermería. Universidad de Concepción, Chile).
- Cant, Sarah y Ursula Sharma. 1999. *A new medical pluralism? Alternative medicine, doctors, patients and the State*. Londres: Routledge.
- Comelles, Josep María, Xavier Allúe, Mariola Bernal, José Fernández-Rufete y Laura Mascarella. 2010. *Migraciones y salud*. Tarragona: Publicaciones Universidad Rovira i Virgili.
- Eroles, Carlos. 2005. *Glosario de temas fundamentales en Trabajo Social*. Buenos Aires: Espacio.
- Fidalgo, Maitena. 2009. *Adiós al derecho a la salud*. Buenos Aires: Espacio.
- Gijón Sánchez, María Teresa. 2011. "Discursos en torno a la constitución de la diversidad desde la atención a la salud en España". *Transformaciones del Estado social. Perspectivas sobre la intervención social en Iberoamérica*, 255-274. Belén Lorente (ed.). Buenos Aires: Miño y Dávila.
- Gijón Sánchez, María Teresa y Mercedes Saizar. 2013. "Aproximación al concepto de diversidad cultural en salud. El caso del Trabajo Social Sanitario en Argentina y España desde una perspectiva comparada". (Sub) *Culturas profesionales. Poder y prácticas en salud*, 17-42. Claudia Krmpotic, Raquel Mitjavila y Mercedes Saizar (eds.). Buenos Aires: Miño y Davila.
- Good, Byron. 1994. "A body in pain. The making of a world of chronic pain". *Pain as human experience. An anthropological perspective*, 29-48. Mary Del Vecchio, Paul Brodwin, Byron Good y Arthur Kleinman (eds.). Berkeley: University of California Press.
- Idoyaga Molina, Anátilde. 1997. "Ethnomedicine and worldview. A comparative analysis of the rejection and incorporation of the contraceptive methods among Argentine women". *Anthropology and Medicine* 4 (2): 145-158. USA: Taylor & Francis Group.
- Idoyaga Molina, Anátilde. 2007. "Preferencias terapéuticas, combinación de medicinas y percepción de la calidad de los servicios en el Noroeste Argentino (NOA) y Cuyo". *Los caminos terapéuticos y los rostros de la diversidad*, 87-115. Idoyaga Molina (comp.). Buenos Aires: CAEA-IUNA.
- Idoyaga Molina, Anátilde. 2010. "Los programas del Estado y la generación de conflictos interculturales: los motivos de rechazo a las ofertas de anticonceptivos de laboratorio de un programa de salud en la ciudad de Buenos Aires". *Transformaciones del Estado Social. Perspectivas sobre la intervención social en Iberoamérica*, 171-198. Belén Lorente Molina (comp.). Buenos Aires: Ediciones Miño y Dávila.
- Kleinman, Arthur, Leon Eisenberg y Byron Good. 1978. "Culture, illness, and care: Clinical lessons from anthropologic

- and cross-cultural research". *Annals of Internal Medicine* 88(2): 251-258. Filadelfia: American College of Physicians.
- Krmpotic, Claudia. 2013. "Conflictos entre pares en el escenario hospitalario. Aspectos técnicos, legales y éticos en la atención al paciente desde los Servicios Sociales". (*Sub Culturas profesionales. Poder y prácticas en salud*, 59-90. Claudia Krmpotic, Raquel Mitjavila y Mercedes Saizar (eds.). Buenos Aires: Miño y Dávila.
- Laplantine, Francois. 1999. *Antropología de la enfermedad*. Buenos Aires: Ediciones del Sol.
- Letelier, Paula y Sandra Valenzuela. 2002. "Violencia percibida por los alumnos de enfermería durante su formación clínica intra-hospitalaria". (Tesis para optar al título de Magíster en Enfermería. Universidad de Concepción, Chile).
- Luna, Florencia y Arleen Salles. 1995. *Decisiones de vida y muerte. Eutanasia, aborto y otros temas de ética médica*. Buenos Aires: Sudamericana.
- Luna, Florencia y Arleen Salles. 2008. *Bioética, nuevas reflexiones sobre debates clásicos*. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica.
- Lupton, Deborah. 2003. *Medicine as culture: Illness, disease and the body in western societies*. Londres: Sage.
- Mignone, Javier. 2001. "Prácticas modelo en salud intercultural". *Diversidad cultural. Múltiples miradas desde el tiempo presente*, 101-120. Buenos Aires: Gráfica GPress.
- Montgomery, Katherine. 2005. *How doctors think. Clinical judgment and the practice of medicine*. New York: Oxford University Press.
- O'Connor, Bonnie. 1995. *Healing traditions: Alternative medicine and the health professions*. Philadelphia: University of Pennsylvania Press.
- Paravic, Tatiana, Sandra Valenzuela y Mónica Burgos. 2004. "Violencia percibida por trabajadores de atención primaria de salud". *Revista Ciencia y Enfermería* 10(2): 53-65. Concepción: Universidad de Concepción.
- Saizar, Mercedes. 2007. "Acuerdos, desacuerdos y lejanías en la relación médico-paciente". *Cuidados, terapias y creencias en la atención de la salud*, 35-51. Claudia Krmpotic (comp). Buenos Aires: Espacio Editorial.
- Van Dijk, Rob. 1998. "Culture as excuse. The failures of health care to migrants in the Netherlands". *The art of medical anthropology readings*, 243-250. Amsterdam: Het Spinhuis.
- Winkelman, Michael. 2009. *Culture and health. Applying medical anthropology*. San Francisco: Jossey Bass.



Leo Matiz

Sin título

Bogotá, Colombia. s.f.

Fondo Fotográfico Archivo de Bogotá.