

“¿Es un paciente? es y no es en realidad”: el paciente “social” como problema médico-profesional en un hospital público de Ciudad de Buenos Aires

“Is he a patient? In fact, he is and he is not”: the “social patient” as a medical-professional problem in a public hospital in the City of Buenos Aires

MARIANA BORDES *

Universidad Nacional de San Martín / Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas, Argentina

PAULA CANTOR **

Universidad Nacional de Lanús / Hospital General de Agudos “Dr. Dalmacio Vélez Sarsfield”, Argentina

RESUMEN. El artículo aborda el modo en que un perfil de paciente de internación hospitalaria, definido como social, es construido como un problema médico-profesional por parte de médicos/as de planta, concurrentes y residentes, en el marco de un servicio de Clínica Médica que funciona en un Hospital de Agudos, Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Este perfil de paciente cobra interés ya que, más allá de la resolución del episodio agudo que determinó su internación, debe permanecer en el hospital en virtud de ciertos condicionamientos que impiden su adecuado cuidado y alojamiento. La situación ambigua resultante genera una serie de tensiones, contradicciones y dilemas que los/as profesionales exponen al referir las dinámicas de clasificación y gestión de las rutinas hospitalarias asociadas al paciente social. El escrito expone tres tensiones en particular: (a) las que emergen entre colegas médicos/as; (b) las asociadas al “choque” entre orden médico y el contexto organizacional (orden hospitalario); y (c) las relativas a la relación entre orden médico-mundo de la vida del paciente. El artículo se sustenta en una investigación de enfoque interpretativo-cualitativo, a través de entrevistas en profundidad, apuntando a reconstruir las estructuras de sentido involucradas.

PALABRAS CLAVE: clasificaciones médicas; paciente social; hospitales

ABSTRACT. The article addresses the way in which a profile of a hospitalized patient, defined as social, is constructed as a medical-professional problem by staff, concurrent and resident doctors, within the framework of a Medical Clinic service that works in an Acute Hospital, Autonomous City of Buenos Aires. This patient profile is of interest since, beyond the resolution of the acute episode that determined his admission, he must remain in the hospital due to certain conditions that avoid adequate care and accommodation. The resulting ambiguous situation (which, strictly speaking, places it outside the jurisdiction of the Medical Clinic), generates a series of tensions, contradictions and dilemmas that professionals expose when referring to the dynamics of classification and management of hospital routines associated with the social patient. The paper exposes three tensions in particular: (a) those that emerge between medical colleagues; (b) those associated with the “clash” between medical order and the organizational context (hospital order); and (c) those related to the relationship between the medical order and the patient's lifeworld. The paper is based on an interpretative-qualitative research approach of a master's thesis, through in-depth interviews, aiming to reconstruct the meaning structures involved.

KEY WORDS: medicinal classifications; social patient; hospitals

* Socióloga y Doctora en Ciencias Sociales por la Universidad de Buenos Aires (UBA). Investigadora Adjunta CONICET, con lugar de trabajo en la Escuela Interdisciplinaria de Alto Estudios Sociales (EIDAES) de la Universidad de San Martín (UNSAM). Profesora titular de la materia Epistemología y Metodología de las Ciencias Sociales (carrera de Sociología, Universidad del Salvador). E-mail: marubordes@gmail.com  <https://orcid.org/0000-0001-8046-9105>

** Licenciada en Trabajo Social (Universidad de Buenos Aires), Magíster en Epidemiología y Políticas de Salud (Universidad Nacional de Lanús). Docente de la materia Problemáticas de la Salud Mental en Argentina (Universidad de Buenos Aires). Trabajadora social de planta del Hospital General de Agudos "Dr. Dalmacio Vélez Sarsfield". E-mail: paulamelinacantor@gmail.com  <https://orcid.org/0009-0008-3074-0372>

Aiken. Revista de Ciencias Sociales y de la Salud, 3(2), 57–73 / ISSN 2796-7395 (impreso) / ISSN 2796-7506 (electrónico)
<https://eamdq.com.ar/ojs/index.php/aiken/index>

Centro de Estudios Sociales y de la Salud - Facultad de Ciencias de la Salud y Trabajo Social / Universidad Nacional de Mar del Plata.

Introducción

El presente artículo aborda el modo en que un perfil de paciente de internación hospitalaria, definido como *social*, es construido como un problema médico-profesional por parte de médicos/as de planta, concurrentes y residentes, en el marco de un servicio de Clínica Médica que funciona en un hospital de agudos de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. La referencia a los pacientes sociales remite a una categoría que es utilizada informalmente en la jerga institucional para clasificar y ordenar la rutina de la atención cotidiana –lo que la antropología ha denominado como “categoría nativa” (Guber, 2001). En términos generales, refiere a aquellos pacientes que ya no presentan la dolencia aguda por la que fueron ingresados al servicio pero que, en virtud de determinados condicionamientos que no pueden resolverse desde las competencias médicas del servicio, su externación se ve comprometida. Estos pacientes asumen entonces una condición liminar (Turner, 1988), en el sentido de que no reciben tratamiento especializado pero tampoco se encuentran en condiciones de abandonar el hospital, deviniendo este último en una suerte de “espacio asilar”.

El tema de este artículo remite a un tópico de salud pública en el que convergen problemáticas referidas al cuidado, que entrelazan procesos globales, regionales y locales. Así, el fenómeno del paciente social puede asociarse a cambios demográficos y epidemiológicos, como los relativos al envejecimiento poblacional y el incremento de las enfermedades crónico-degenerativas, leídos como resultado de una serie de procesos sociales, económicos y tecnológicos que modificaron tanto el estilo de vida de la población como las capacidades de la biomedicina para prolongar la vida (Córdova-Villalobos et al., 2008).¹ En este marco, distintas realidades entran en tensión: (a) la tendencia “familista” de las políticas públicas y las reformas de ciertos servicios sanitarios –tanto en Argentina como en Latinoamérica- que trasladan la responsabilidad de los cuidados hacia el ámbito doméstico (Ubasart González y Minteguiaga, 2017) (b) los cambios en la estructura/las formas de vida familiares que limitan la disponibilidad de cuidadores, dada la disminución de las unidades domésticas extensas, la reconfiguración de los roles de género y la inserción activa de las mujeres en el mercado laboral (Rodríguez Enríquez, 2005) y (c) las transformaciones que indican la emergencia de un nuevo orden mundial, en el que amplios sectores de la población no cuentan con recursos para cubrir sus necesidades de cuidado a través del mercado, ni encuentran disponibles redes de contención comunitarias (Gascón y Redondo, 2014).

Este artículo también expone la problemática sociosanitaria involucrada en las internaciones prolongadas. Varios estudios han analizado las repercusiones negativas que suponen: (a) tanto desde una perspectiva biomédica y epidemiológica, estimando el aumento del riesgo en términos de la ocurrencia de daños a la salud física (como las infecciones intrahospitalarias y otro tipo de secuelas inhabilitantes/mortales) (López Pardo et al., 2016; Abhela et al., 2006) como (b) desde una mirada del management o la gestión hospitalaria, proponiendo hacer un uso más eficiente de los recursos económicos, profesionales, y del uso de las camas (Ceballos Acevedo et al., 2014; Torres Salinas et al., 2005).

Ahora bien, en lo que hace específicamente a la organización social del trabajo sanitario² y la problemática de los “pacientes sociales” en el sentido propuesto por este artículo, nos encontramos con una vacancia llamativa en lo que hace a la producción de conocimiento. En el

¹ Adquiere aquí relevancia el incremento de padecimientos que suponen un alto grado de pérdida de autovalidez que, en muchos casos, requieren de tratamientos de rehabilitación de largo plazo. Estos últimos incluyen tanto enfermedades que evolucionan progresiva y gradualmente –esclerosis múltiple, Alzheimer- como trastornos derivados de un hecho traumático y abrupto –traumatismos encéfalo-cranianos y accidentes cerebro-vasculares (ACV)- (Nolte et al., 2013).

² La organización social del trabajo sanitario ha comenzado a tematizarse como un área de estudios de interés para la sociología médica, en tanto conjuga cuestiones relativas a la definición de profesiones/ocupaciones, sus áreas de injerencia y experticia, así como las dinámicas que se desenvuelven en contextos organizacionales (Allen y Pilnick, 2005).

ámbito local, Castelitti (2013) y Brovelli *et al.* (2015) realizan, desde las experiencias hospitalarias en el marco de intervenciones profesionales del Trabajo Social, un análisis de los factores determinantes de este tipo de internación, identificando perfiles de los individuos que entran bajo esta clasificación. Pero también destacando las dificultades que los/las profesionales de la salud deben enfrentar en estos casos (relacionadas con la inadecuación de las políticas públicas vigentes frente a estas problemáticas y los obstáculos para el acceso a los recursos existentes que brindan las instancias de gestión).

En relación con los/las profesionales de la salud y el modo en que ellos/as nombran y gestionan la realidad del “paciente social”, la ausencia de análisis en el ámbito de las ciencias sociales se acentúa aún más. En este marco, el presente artículo plantea como punto de partida dos interrogantes, haciendo foco en la perspectiva de un grupo de médicos/as que realizan su trabajo en el marco de un servicio hospitalario de Clínica Médica: ¿Cómo es categorizado el “paciente social”? ¿De qué manera se construyen sentidos, relacionados con el “paciente social”, a la hora de hacer referencia a la cotidianeidad del desempeño profesional? La elección de esta unidad de análisis se centra –de acuerdo con lo recabado en el campo– en que los/las médicos/as no sólo detentan una mayor autoridad profesional para la definición/clasificación de pacientes en el hospital; sino que cuentan, además, con recursos, destrezas y/o intereses que no necesariamente se orientan hacia ámbitos de injerencia que incluyan “lo social”.

Desde este artículo sostendremos que: (1) “lo social” involucrado en la categoría “paciente social” emerge como un orden material y simbólico que quedaría, desde la perspectiva de los/las informantes, por fuera de las competencias médicas de la Clínica Médica, delineadas en espacios de socialización profesional en los que rige un modelo de comprensión del padecimiento (y de atención) de bases principalmente biologicistas (Kirmayer, 1988; Lock y Nguyen, 2018; Menéndez, 1990).³ La categoría de paciente social constituye, así, una propuesta clasificatoria “operativa” que aparece como una opción para garantizar el cumplimiento del trabajo profesional respecto de los pacientes “convencionales” de la especialidad –operatividad para la efectivización del desempeño laboral que ya ha sido abordada en otras investigaciones (Bister, 2018; Bowker y Star, 1999)-; (2) la realidad que esta categoría nombra, empero, no deja de resultar problemática para los/las médicos/as, generando tensiones en distintos niveles relativos al ejercicio médico-profesional.

Para ahondar en estos aspectos, el presente escrito se organiza en cuatro partes: en la primera, se expone el modo en que el paciente social es categorizado en tanto tal. Los tres apartados que siguen apuntan a esbozar las tensiones y contradicciones que emergen con mayor frecuencia, en los relatos recabados, en torno de la gestión del paciente social (central en la tarea de definición del mismo): uno, que especifica las tensiones que emergen entre colegas médicos/as; el segundo, que podríamos referir como el “choque” entre orden médico y el contexto organizacional (orden hospitalario); y el tercero y último, relativo a la relación entre orden médico-mundo de la vida del paciente.

Estrategia teórico-metodológica y presentación del caso

Este escrito sigue los lineamientos de la investigación cualitativa (Souza Minayo, 2009; Vasilachis, 2006), inscribiéndose en un enfoque que dialoga con los desarrollos esbozados por las sociologías interpretativas orientadas al estudio del campo de la salud, especialmente aquellos que analizan los modos en que se produce/reproduce socialmente el conocimiento vehiculizado por

³ Sin dudas, no consideramos al campo de la medicina convencional como un campo homogéneo, sino como un campo atravesado por tensiones y disputas en torno de las definiciones que deben vehiculizarse y las prioridades que deben fijarse. En torno de las tensiones que genera el biologicismo en este campo, Bonet (2015) remarca cómo la medicina familiar/comunitaria en Brasil emerge como reacción crítica en la década de 1970, ante las perspectivas centradas exclusivamente en la anatómo-patología. Paim y Almeida Filho (1998) exponen el devenir de las críticas sociales al interior del campo de la medicina convencional, sobre todo desde la perspectiva de la Salud Pública.

los grupos que detentan los denominados “saberes expertos”. Esto supone tener en cuenta la dimensión de los currículos de formación y los organigramas organizacionales, pero particularmente el modo en las prácticas se dirimen en la propia “arena” del trabajo, durante el cumplimiento del desempeño profesional (Abbott, 1988; Allen, 1997; Bowker y Star, 1999). Todo lo cual requiere tratar a la medicina como un sistema cultural, como un espacio donde se desenvuelven acciones cotidianas (Collins y Pinch, 2006; citado en Atkinson y Gregory, 2008). Por su parte, para el caso puntual que nos ocupa relativo a la construcción médica de la categoría del paciente social y las tensiones que suscita en ámbitos hospitalarios, es preciso recuperar ciertos referentes teóricos que problematizan las transformaciones operadas en el campo médico en las últimas décadas, el modo en el que impacta en el desempeño profesional y los sentidos dados por los propios actores sociales. Lo que nos reenvía a las perspectivas sociológicas que analizan cómo los procesos de mercantilización/asalarización de la práctica médica, articulados con una creciente especialización y tecnologización de la medicina, dan lugar a rupturas con las tradiciones previas de producción del trabajo médico-asistencial y su fundamentación moral; todo lo cual impacta en la experiencia subjetiva de médicos/as (Castro, 2019; Schraiber, 2019).

Esta investigación cuenta con un *corpus* de entrevistas a médicos/as de planta, residentes y concurrentes que trabajan en el servicio de Clínica Médica de un hospital público (n=10), las cuales fueron realizadas en el período 2020-2021. Se trata de un hospital general de agudos ubicado en la zona sur de la Ciudad de Buenos Aires, en el límite con el conurbano bonaerense, donde se registran los indicadores socioeconómicos y sanitarios más críticos de la jurisdicción. Precisamente por llevarse a cabo en el marco de la pandemia COVID 19, las entrevistas se llevaron a cabo a través de videollamadas (programa Zoom), y luego transcritas textualmente. En el marco de estas entrevistas, se tuvieron en cuenta algunos de estos aspectos, enfatizando el posicionamiento adoptado respecto del “paciente social”: formación (contenidos y valoraciones asociadas, tanto en el período de formación específicamente biomédica, como el relativo a las prácticas hospitalarias), procesos de internación/externación, el hospital público (burocracia, trabajo interprofesional/interhospitalario, dinámicas involucradas), pacientes a los/las que asisten (perfiles identificados, modos de vincularse con ellos/as), entre otros.

Desde un enfoque constructivista y hermenéutico, de extensa tradición en el estudio de la biomedicina en la clave de las ciencias sociales (Atkinson y Gregory, 2008), hicimos foco en la reconstrucción de las estructuras de sentido asociadas a la presencia del paciente social en el espacio laboral de los/as informantes. Así, el análisis de la experiencia de las actividades y acontecimientos “objetivos” fueron ponderados no necesariamente desde una perspectiva realista, sino como representados y evocados en referencia a los significados asociados a ellos (Good, 1993).

Esta investigación cuenta con el aval del Comité de Ética en Investigación (CEI) del hospital donde se llevó a cabo la investigación, código de registro N° 5184. Nos atuvimos al procedimiento del consentimiento informado, acompañando la hoja de información de una explicación pormenorizada brindada en la conversación previa a la realización de la entrevista. Se garantizó la confidencialidad de los datos así como el anonimato (sin identificar ni al hospital ni a los/las informantes, señalando sólo iniciales –en muchos casos diferentes a sus nombres de pila), así como la posibilidad de retirarse de la investigación en cualquier momento que se considerara pertinente.

La categoría de paciente social

La denominación de “paciente social” emerge en los relatos de los/as médicos y médicas entrevistados/as, desde un primer momento, como una categoría que opera específicamente en el ámbito hospitalario. Si bien ésta constituye una constatación recurrente a la hora de analizar los datos, adquiere mayor evidencia cuando los/las informantes hacen mención a sus comienzos en estos nosocomios, donde se remarca el contraste entre un desconocimiento total previo y el carácter omnipresente de estos pacientes en la vida hospitalaria.

Fue un - hola buen día, vos sos J? Tenés tres pacientes, ojo, que este es social. Vas a tener una comunicación más fluida con servicio social y, si tiene obra social, con ellos. Y así ya arrancó el primer día, tenías un paciente social. Y ahí entender toda la dinámica (JP, médico residente).

Nunca en mi vida supe lo que era un paciente social hasta que entré a la residencia (B., médico residente).

Desde que entrás al hospital (...) Apenas llegás a una sala o a una guardia escuchás el término ese. Así como te encontrás con nuevos términos –porque yo no había escuchado nunca- como óbito u otras cosas, te encontrás con ese término tan amplio como paciente social. La primera vez no entendí bien a qué se refería (I., médico de planta, 3 años de antigüedad en el cargo).

Al rememorar sus experiencias al iniciar el ingreso al hospital, los/las profesionales postulan reiteradamente estas diferencias en términos de disrupción o “choque”, remarcando la distancia entre el período de cursada universitaria (donde –como expresan de manera reiterada- prima una lógica académica de socialización e internalización del conocimiento científicamente fundamentado) y el desenvolvimiento del trabajo profesional efectivo en el hospital.⁴ Este impacto entra a formar parte de un *continuum* de señalamientos relativos a la realidad hospitalaria –hasta entonces desconocida- que es delineada como desconcertante y caótica. En este sentido, se la considera atravesada por falencias relativas a la disponibilidad de recursos materiales/humanos, precariedad edilicia y de los servicios, donde se pasa a enfrentar situaciones asociadas a la extrema vulnerabilidad socio-económica de la mayor parte de la población asistente (que incluye cuadros patológicos que, por su estado de abandono, atención tardía y consecuente gravedad, que “no se ven en otros lugares”). También se mencionan situaciones como la violencia verbal/física y comportamientos asociados, p.ej., al consumo problemático de sustancias. El contexto hospitalario ha sido retratado desde la literatura académica internacional como un espacio laboral “turbulento”, en la medida en que refleja la centralidad del paciente, una estructura temporal marcada por la urgencia y una segmentación interna atravesada por las dificultades de coordinación (Allen, 1997: 506). Los rasgos específicos del hospital y la población que recibe, en este caso de estudio, define además el valor narrativo de ciertos modos de referirse al hospital a través de anécdotas, metáforas o comparaciones, figuras retóricas que ponen de manifiesto la dislocación que se produce en términos experienciales entre la vida universitaria y la vida del hospital. Tal como lo indica R. (médica de planta, 30 años de antigüedad) al mencionar su primer día como residente, en el cual el hospital se encuentra inundado en una jornada de lluvia torrencial: “Un paciente hizo un paro y lo tiraron al piso para reanimarlo (...) ¡Lo tiraron arriba del agua! Me acuerdo de esa escena y me acuerdo de decir yo me quiero ir de acá (risas)”.

La denominación de “paciente social” aparece como una posibilidad de nombrar diferentes perfiles de pacientes que se corresponden con distintos diagnósticos, así como a una amplia variedad de situaciones y realidades, que convergen en un mismo punto de coincidencia: las difi-

⁴ En este punto, es preciso aclarar que la mayoría de los/las informantes acudieron a la Universidad de Buenos Aires (n=9), mientras que el entrevistado restante (n=1) se formó en la Universidad Nacional de La Plata. Desde el currículo de la Universidad de Buenos Aires, la carrera de Medicina es definida como una carrera de grado que dura siete años y está dividida en cuatro ciclos: el Ciclo Básico Común, el Ciclo Biomédico, el Ciclo Clínico y el Ciclo del Internado Anual Rotatorio (IAR). El Ciclo Básico Común es el ciclo de ingreso a todas las carreras de la Universidad de Buenos Aires. El Ciclo Biomédico, en su mayor parte, se cursa en el edificio principal de la Facultad, mientras que las asignaturas del Ciclo Clínico se dictan, además de en el edificio principal, en distintos Hospitales Universitarios (tales como el Hospital de Clínicas “José de San Martín”) o en Hospitales asociados a la Facultad. El Internado Anual Rotatorio se cursa íntegramente en Unidades Docentes Hospitalarias (Medicina, Facultad de Medicina UBA, 2019).

cultades para estos pacientes de ser externados una vez ingresados al servicio. Los/as médicos/as hacen uso de esta noción para referir los perfiles de paciente atravesados por una fuerte vulnerabilidad socio-económica, vincular y habitacional, como son las personas en situación de calle. O aquellos pacientes no autoválidos por diferentes causantes (por ejemplo, como resultado del evento de salud que generó en primera instancia la internación hospitalaria, como un accidente cerebro-vascular -desde ahora, ACV- o un traumatismo resultado de un accidente de trabajo o de tránsito, entre otros). En este sentido, las condiciones de vida precarias y la falta de una posición económica que garantice un cuidado adecuado, complica su retorno al hogar. Otro factor definitivo mencionado es la ausencia de redes de contención, lo que se suele articular con la escasez de recursos, aunque esta relación no supone una relación de necesidad: aquí, se mencionan a aquellos pacientes “sin familia” (adultos mayores con deterioro físico, cognitivo y/o psíquico, personas con una discapacidad inhabilitante, consumidores problemáticos de sustancias) que no son capaces de vivir solos y/o directamente no pueden ser retirados del nosocomio por parientes o allegados.

No tienen los medios para acceder a los derechos básicos – sobre todo medios económicos- como ser la vivienda digna, la alimentación, la vestimenta, que son por ejemplo personas en situación de calle (Y., médica de planta; 10 años de antigüedad en el cargo).

Y, es aquel paciente que viene, lo trae un amigo, lo trae la familia y, después cuando está en condiciones de alta, nadie lo viene a buscar. Ahí entra en la categoría de social (A., médica de planta; 30 años de antigüedad en el cargo).

La falta de una red de contención familiar, sobre todo para pacientes que son dependientes para las actividades básicas de la vida diaria y que, a veces, hasta el momento de la internación estaban viviendo solos ya al límite de su capacidad funcional (S, médica de planta; 15 años de antigüedad en el cargo).

La categoría de “paciente social” aparece fuertemente estructurada por una coordenada temporal. Podría afirmarse que se trata del nombre de un proceso relativo a la prolongación de la internación por fuera de los tiempos establecidos por el hospital y los protocolos médicos. El carácter de “no externable” conlleva su transformación en *social*, una nueva etiqueta que redefine su valoración en el servicio y los posicionamientos asumidos por los/las profesionales respecto de su presencia. Es importante este punto para resaltar que “lo social”, tal como es comprendido por los/las profesionales, no “emana” de los pacientes y sus condiciones de vida, sino que emerge en el marco de las clasificaciones y procesos que son propios de la organización social del trabajo sanitario y la lógica organizacional hospitalaria. Tal como Goffman especifica en *Internados* (2004:134-135), la conversión en *paciente* (mental en este caso) se produce en el marco del proceso de hospitalización, donde se reelaboran socialmente las características específicas de cada caso individual y se le adjudica un nuevo estatus uniforme. Los médicos/as entrevistados/as son reflexivos en torno de este proceso, diferenciando aquellos factores sociales ligados al advenimiento del padecimiento, de la categorización de “social” en el sentido dado en este marco, esto es: como parte de un sistema clasificatorio médico-hospitalario.

La posibilidad de que la categoría de paciente social se constituya en un modo legítimo de nombrar, agrupar y clasificar a individuos con ciertas características -más allá de ciertos cuestionamientos que los/las informantes mencionan (sobre todo al denotar la arbitrariedad del término “social”, como indica AY. “Yo no lo digo pero se dice, que es una terminología ridícula. Sociales somos todos, ¿Qué es social?”)- involucra sin dudas la mirada forjada desde la formación universitaria de grado en la carrera de Medicina. Desde los relatos se menciona que la lógica académica vehiculiza una matriz de inteligibilidad que los/las médicos/as incorporan, y que contribuye a de-

linear el perfil típico del paciente de Clínica Médica. Así, el paciente social aparece definido recurrentemente en oposición a este sujeto/objeto de intervención clínico por excelencia: el paciente “activo”, el que detenta una patología “aguda”, delimitada e identificable que es posible diagnosticar, tratar y eventualmente resolver. Desde la literatura de las ciencias sociales, esto nos remite a lo que Launsø (1989) señala en los términos del *paradigma clínico*, caracterizado por: (A) un ideal científico sustentado en la necesidad de sostener una objetividad metodológica que permita diagnosticar enfermedades empíricamente, sobre la base del conocimiento de relaciones de causa-efecto. La operatoria se centra en el aislamiento de las causas que provocan la dolencia, lo que algunos autores denominaron como especificismo etiológico (Laplantine, 1999) y (B) un tratamiento estandarizado (a un diagnóstico X se corresponde un tratamiento Y) cuya tecnología más habitual suele ser la administración de drogas farmacológicas. Esta linealidad de la lógica clínica –que reconocen los/las informantes- facilita la organización del trabajo a partir de la elaboración de protocolos y pautas de acción para la atención bajo criterios temporalmente condicionados (como el de urgencia), teniendo en cuenta que el carácter “activo”, “agudo”, “hemodinámicamente inestable” puede suponer riesgo de vida y requiere intervención médica inmediata. También se incluye a los pacientes cuyas patologías cumplen el objetivo del hospital-escuela, ligado a la transmisión del conocimiento académico en los sentidos mencionados.

Nosotros lo definimos como el paciente inactivo porque no tiene algo clínico que tenemos que resolver (...) primero el que esta hemodinámicamente inestable y hay que resolver ya. Segundo, el que está en resolución. Y, tercero, el paciente puro inactivo que espera el tercer nivel, está ahí pero no está (V., médica concurrente; 3 años de antigüedad en el cargo).

Cuando se transforma en social, no gusta... te soy sincero, porque no te aporta a la medicina por decirlo bruscamente (...) Si vos tenés tres pacientes y los tres son sociales, te querés matar. En el sentido médico de... activamente, de las patologías porque no tenés nada(...) (JP, médico residente).

Los sociales tratamos de esquivarlos (...) ya no tienen nada (R., médica de planta; 30 años de antigüedad en el cargo).

Desde esta perspectiva, el “paciente social” constituye el reverso de la definición del área de incumbencia y de interés de la Clínica Médica en sentido estricto; categoría que evidencia cómo se instaura una frontera jurisdiccional con capacidad de dejar afuera aquellas realidades que no se corresponden con el paradigma clínico y de incluir las que sí. El establecimiento de estas fronteras supone una operación arraigada en los fundamentos ontológico-epistemológicos de la disciplina médica-científica con efectos visiblemente prácticos, cuya fortaleza reside en encauzar la totalidad de los esfuerzos profesionales hacia la detección/resolución de padecimientos biomédicamente definidos. Así cobran sentido expresiones como “está ahí pero *no está*”, “nada con ellos”, “ya no tienen nada”. Se trata de afirmaciones que hacen hincapié en la necesaria culminación del tratamiento como parte de la lógica clínica, lo cual condiciona el modo en que la mirada clínica se relaciona con el paciente social.

Más allá de la eficacia de este tipo de operatoria, distintiva de las disciplinas en general -construcciones intelectuales que definen lo que se piensa y cómo se piensa, y aquello que cae fuera de su alcance (Wallerstein, 1989)- y de las disciplinas científicas en particular, que trazan líneas que separan lo científicamente cognoscible/tratable de lo que no lo es (Gieryn, 2022), el paciente social como problema se asocia a lo definido como opuesto al paciente “verdaderamente clínico”. Si bien se identifican expresiones ligadas al lugar indefinido del paciente social dentro de la organización hospitalaria (“queda en una nebulosa”, “a la deriva”, “es un gris”, “está en un limbo dentro del sistema”) consideramos que, en última instancia, terminan delineando un mismo

interrogante que moldea una suerte de experiencia antinómica o incluso *paradojal* en nuestros/as informantes: si un paciente ya ha culminado con éxito su tratamiento pero continúa internado, sin dolencias agudas tratables desde la Clínica Médica ¿es posible definirlo como un paciente? ¿en qué sentido?

Tensiones al interior del orden médico

El carácter ambivalente del paciente social como realidad hospitalaria genera acuerdos y tensiones entre colegas médicos de la unidad de Clínica Médica, en tanto pone en juego posturas divergentes respecto de cómo debe ser atendido/cuidado (o si debe ser atendido/cuidado).

Un tópico referido con frecuencia refiere al modo en que se definen (y redefinen) los criterios de internación generales para el caso específico de los/las pacientes sociales, así como el establecimiento de consensos/disensos en torno a los criterios de internación/externación. Como señalan los/las informantes, el ingreso a la sala sucede principalmente desde el servicio de emergencias del nosocomio (guardia), lo que se realiza a través de un proceso de selección de los/as pacientes. En este caso se indica que, como condición necesaria para la internación, es preciso que el/la paciente cuente con una *patología clínica*, vinculada mayormente con situaciones de salud que requieren una profundización del diagnóstico o bien con la realización de algún tratamiento que requiere mayor tiempo de permanencia en el hospital. Este criterio médico en sentido estricto, se articula con otros criterios netamente operativos, es decir, tendientes a garantizar el “funcionamiento” de la sala: de este modo, una prioridad del servicio es la selección de pacientes autoválidos (lo que facilitaría los controles médicos y la relación médico-enfermeros/as) o de pacientes cuya recuperación se vislumbra en el corto plazo. Ahora bien, el tercer criterio de selección remite especialmente a la realidad del paciente social, en tanto se define en función de la evaluación profesional del *potencial egreso*. Si bien no es expresado como un criterio de exclusión taxativo, las situaciones ligadas al paciente social desencadenan una serie de monitoreos e interpretaciones anticipatorias a la hora de “subir” a un/una paciente (de la guardia a Clínica), con vistas a evitar una internación desventajosa en términos médico-organizacionales.

El que elige al paciente es el planta [*el médico de planta*] y uno ya sabe haciéndole dos preguntas al paciente cuál se va a convertir en un social. Teníamos médicos que le preguntaban: ¿Cómo te llamas? ¿tenés casa?, ¿familia? El paciente decía no, no. Ah listo, pasaban a la otra cama. ¿tenés casa? ¿familia? y así. (B., médico residente) Esa médica encima tiene un ojo, todos los años de experiencia. Bajábamos a guardia y decía: este va a ser un social, ¡cuidado eh! (JP., médico residente)

Hubo una época en que había residentes que terminaban la residencia, les pagaban e iban a la guardia. Eso agilizó un montón (...) porque ellos hacían el filtro de lo que verdaderamente era clínico (...) realmente subía el que tenía que subir. Mirá es un paciente social, es un paciente que por ahí vino del Borda por una neumonía, tiene que volver al Borda ¿para qué va a subir a clínica? si la neumonía se le curó (...) subía el que tenía que subir. (A., médica de planta; 30 años de antigüedad en el cargo)

Ya en el pase aparece la palabra social, porque ya se dieron cuenta o lo detectaron los que hicieron el ingreso. (...) está lejos del alta pero como advirtiéndolo que cuando se le solucione todo, ¡no se va a poder externar! (S., médica de planta; 15 años de antigüedad en el cargo)

En los fragmentos citados se exponen dos tipos de tensiones ligadas a la externación: (1) cuando

el paciente se encuentra ya “curado” pero no están dadas las circunstancias para externarlo (lo que ya expusimos detalladamente). Aquí se menciona la expectativa institucionalizada a nivel organizacional de que la unidad de Clínica absorba estos casos –como indica J.: *Clínica a veces es el depósito de muchos pacientes que ningún otro quiere*-. Esta definición informal del papel que debe asumir Clínica Médica es aceptado por muchos/as, pero también es fuertemente rechazado. El imperativo de evitar la internación en todos los casos en que la derivación del paciente social pueda efectuarse desde guardia, se articula con: (2) una disposición a evaluar los perfiles de los pacientes “activos”, anticipando la posibilidad de que se *transformen* en sociales una vez admitidos/as en la sala. En estos últimos casos, los criterios estrictamente médicos de internación “cho-can” contra otra lógica profesional: la que consiste en evitar/gestionar la ocupación de plazas por tiempo indefinido, de acuerdo con criterios de selección del paciente en función del egreso, como indicamos anteriormente.

Asimismo, se registra un proceso de etiquetamiento en términos peyorativos, que surge como un tipo específico de sanción hacia aquellos/as colegas que, desde el sentido común de la comunidad médica, traspasan el límite de lo considerado “aceptable” respecto de los paciente social: como cuando se registra un exceso de dedicación/interés, o se infringen las reglas tácitas acerca de qué paciente social puede ser admitido (y cuál no) en la sala:

Yo les comentaba x cosa de tal paciente y me decían: ‘uh, dejá de hinchar con ese’, ‘te vas a recibir de crotóloga’ (S., médica de planta; 15 años de antigüedad en el cargo).

Quizás si vos le das mucha bola a estos pacientes que tienen mucha causa social y demás, medio que te ponen el mote de... vos andate con A [*el paciente social*]. [*En el hospital*] predomina más el distanciamiento que el involucrarte (V., médica concurrente; 3 años de antigüedad en el cargo).

Puede afirmarse que los relatos incluidos en este apartado ponen de manifiesto la coexistencia de lógicas divergentes en la medicina oficial, que confrontan visiones en pugna, más biologicistas o más integrales.⁵ La presencia del paciente social en el hospital escenifica las tensiones generadas por el modo en que –como avizoran los/las informantes- la biomedicina excluye de sus áreas de incumbencia aquello que no es clasificado/tematizado desde una mirada biologicista, pero que constituye una realidad cotidiana en las instituciones sanitarias.

Tensiones entre orden médico y orden hospitalario

En lo que respecta a la gestión del paciente social, el sistema de salud en general y el hospital en particular, aparecen en los relatos de los/las profesionales de Clínica Médica como instancias atravesadas por la lógica de la contradicción. El problema de las derivaciones es uno de los referidos con mayor frecuencia, debido a su centralidad para hacer efectiva la decisión médica de externar, en el caso sobre todo de pacientes que requieren de cuidados especiales: esto es, cuando resulta imprescindible el traslado hacia el tercer nivel o hacia efectores especializados en rehabilitación. Esta necesidad de derivar colisiona cotidianamente contra lo que se interpreta en los términos de las “falencias del sistema”: un sistema cuyo accionar no es del todo conocido/

⁵ El análisis de esta dicotomía, sin dudas, excede los objetivos del presente trabajo. Remite a una discusión presente sin dudas en el propio campo de la medicina oficial, y se encuentra ampliamente desarrollada en el ámbito académico de los estudios sociales en salud, cuando se interroga si es posible un abordaje médico integral del paciente, contemplando las coordenadas socio-culturales que son constitutivas de su dolencia. A este respecto, el enfoque de la salud colectiva cuenta con diversas propuestas analíticas, como las de Mattos (2004) y Ayres (2018) entre otros.

comprendido, pero que se vislumbra como incapaz de canalizar la atención/cuidado de una población que no cuenta con los recursos para afrontar su situación de manera privada/comunitaria. El contenido dado a esta abstracción se articula con el conocimiento concreto relativo a la ausencia de dispositivos adecuados (de cuidado y albergue) y la escasez de plazas vacantes en los centros existentes.

El obstáculo es el lugar definitivo de traslado de estos pacientes, conseguirle una vacante en tercer nivel. Sé del esfuerzo que hace el servicio social, que están llamando todos los días, mandando notas; pero digamos, ese alguien que toma la decisión –que no sé quién es o qué es- ese es el obstáculo más grande que veo (JP, médico residente).

No sé cuál sería el dispositivo adecuado, para estos y para otros pacientes que por h o por b quedan en el limbo en este sistema (...) Para estos pacientes no hay dispositivo (K., médica concurrente; 4 años de antigüedad en el cargo).

Primero, de nosotros no depende. Depende de las autoridades del Ministerio de Salud que tienen que hacerse cargo ellos y venir al terreno a ver qué es lo que hay, planificar qué hay que modificar (A., médica de planta; 30 años de antigüedad en el cargo).

Es desgastante el social (...) en el sentido administrativo o de la insistencia con cosas. A todos nos ha pasado del paciente que le tenés que hacer el resumen y el resumen. Y para qué querés ocho resúmenes si nadie me está resolviendo el problema. (...) Ahora tenemos uno que es M. Le habían pedido ochocientos mil cosas y sigue estando ¿con qué necesidad me vas a pedir un ecocardiograma transesofágico? (O., médica concurrente; 5 años de antigüedad en el cargo).

Los fragmentos dejan entrever una cierta opacidad que reviste para los/las entrevistados/as el engranaje del sistema de salud a nivel de las instancias de toma de decisión, así como las incongruencias que trae aparejado. Resulta fuerte la oposición entre los esfuerzos profesionales realizados en pos de la externación y el “*nadie termina resolviendo el problema*”, la incompreensión acerca del “*quién o qué*” debería asumir la conducción político-administrativa del proceso, modificando el estado de cosas actual.

El desconcierto y la bronca ante el desamparo sufrido frente a estas situaciones estructurales, se articula con una tensión suplementaria: si bien el paciente social es considerado como parte de una problemática que excede el accionar de los/las profesionales médicos/as, continuamente éstos corren el riesgo de ser señalados como responsables directos de este tipo de situaciones. Aquí es posible distinguir dos circunstancias que se incorporan en la trama narrativa. La primera, cuando la atribución de la responsabilidad de la externación al profesional es vista como injusta, en la medida en que concierne exigencias que caen por fuera de su campo de acción. Una situación señalada reiteradamente es la que refiere a las demandas que plantea el hospital, en particular la dirección, para reducir la ocupación de las camas de la sala. Aquí lo que se intenta garantizar es el denominado *giro-cama*, un indicador de calidad de gestión que postula una relación entre ingresos-egresos, también llamada rotación, que garantice la disponibilidad de plazas para cubrir la demanda de internación. Este requerimiento, sin dudas, es compartido por los/las profesionales, no sólo para habilitar la atención de las personas “que realmente lo necesitan”, sino por el peligro de intercurrencias ante la prolongación de la permanencia en la sala, particularmente infecciones intrahospitalarias con gérmenes resistentes –sobre este tema no nos extenderemos por razones de espacio, sólo agregaremos que es un tópico que genera preocupación entre los/las informantes y que da lugar a nuevas contradicciones, que una médica resume

bajo la afirmación “muere estando sano”. Ahora bien, el problema avizorado reside en la incongruencia que representa el pedido constante para la liberación de camas (que se materializa en la exigencia de las autoridades hospitalarias de presentar “listas” que enumeren a los pacientes y el tiempo que lleva internado) y la falta de soluciones/ayuda para llevarlo a cabo –considerando que se maneja la sospecha (o la certeza) de que esta problemática podría resolverse si las autoridades intervinieran-.

Tenemos una lista de sociales, los tenemos enumerados (...) están muy pendientes porque les reduce la estadística del giro cama, y quieren giro cama. Vienen y te dicen: ‘quiero giro cama’, ¡pero vení vos a hacer la sala! (JP., médico residente)

Hubo momentos en que no era más que subir las listas todas las semanas y que sabías que no iba a pasar nada. Pero, de repente, no sé qué pasaba, qué manejo había, pero se derivaban pacientes (...) de repente, dos o tres que hace un montón que estaban lograron ubicarlos (R., médica de planta; 30 años de antigüedad en el cargo)

La segunda circunstancia relacionada con la atribución de responsabilidad a los/las médicos/as se refiere a las externaciones postergadas que podrían activarse/agilizarse a partir de la intervención de los/las profesionales. Aquí, se señala que el rechazo hacia la realización de la cantidad de trámites que conlleva un egreso hospitalario dificultoso puede conducir a lo que uno de los informantes (B.) define como “atornillar” al paciente, es decir, convertirlo en social porque el equipo y la autoridad de la sala no terminan de movilizar los recursos necesarios para lograr su derivación (“¿Por qué no se puede resolver?, bueno, por factor propio. Tuyo, me refiero al servicio, al grupo, al equipo, porque no les importaba. Y es más fácil tenerlo ahí que suban a un paciente agudo de la guardia”). Se explicita aquí que la externación requiere un sobreesfuerzo de la contraparte médica (pedido de vacantes, presentación de informes, realización de estudios) es decir, demanda un seguimiento y compromiso que no todos/as se encuentran dispuestos a asumir. Sobre todo cuando estos informes y estudios se solicitan de manera repetida –hasta el absurdo- o aparecen como pedidos externos que son interpretados como estrategias para prolongar el proceso de traslado del paciente social (lo que se articula íntimamente con el problema de las derivaciones).

En algunos relatos emerge de manera anecdótica la figura extrema de aquellos/as médicos/as que, ante un panorama donde la población de pacientes sociales es elevada, adoptan una actitud de abandono de sus compromisos laborales, una reducción al mínimo de su involucramiento con la sala. Como indica A. –médica de planta: “El tema es el estancamiento (...) si yo tengo en la sala veinticuatro pacientes y doce son sociales ¡yo no hago nada! A esta altura del partido yo tendría que estar contenta, ¿me entendés? Pero no es así (...) cuando yo llegué al hospital, el médico de planta no hacía absolutamente nada. Estaban todo el día en el bar. Y la temática del [nombre del hospital] era llegar ocho y media, y a las diez y media se iban todos. En el interín estabas tomando café”. Del mismo modo, identificamos una postura que evita culpabilizar sin más a este perfil de colegas: existe una lectura reflexiva en torno a las dinámicas entre organización/profesionales, haciendo hincapié en la acumulación de dificultades en el transcurso de los años y su impacto. Como indica V. –médica concurrente: “no es para defender al planta, pero creo que llega a serlo después de muchos años de sufrimiento institucional, que atrofia de frustración, de angustia, de desidia (...) el hospital público te quema el cerebro”.

Es posible afirmar que el “choque” entre médicos/as e instituciones sanitarias incluye una visión del hospital como *locus* privilegiado de despliegue de destrezas técnicas/cognitivas adquiridas en la formación universitaria. Pero, asimismo, emerge como una realidad que tensiona las

posibilidades efectivas de implementarlas. El “*yo no quiero tomar café, ¡quiero trabajar!*” que añade en la entrevista A. se articula con lo señalado por V., donde expone cómo el hospital “*atrofia*”, en tanto mina las disposiciones para el trabajo de médicos/as, marcando la dirección que asumirán las trayectorias profesionales –al menos, al interior de la organización. Luxardo y Sasseti (2021) hacen referencia a cómo, en contextos determinados, operan fuerzas que “devoran” los proyectos, recursos, voluntades de los/as trabajadores/as de la salud, como si de una suerte de “agujeros negros” se tratara (fuerzas que los/las autores/as identifican con la lógica de las presiones particularistas que rigen en el sector-salud). En este marco se vislumbra como un valor, al menos en el sentido esbozado, el carácter reciente de las incorporaciones –de residentes, concurrentes, nuevos nombramientos- ya que la juventud y la ausencia del “desgaste” habilitan un entusiasmo renovado e, incluso, nuevas estrategias para encarar situaciones estructurales. Aunque esto no repercuta, necesariamente, en un interés por el paciente social y sus problemáticas específicas, sino más bien, el de ir en el sentido de “*hacer girar la rueda*”, que la sala “*funcione*”: mantener la dinámica del diagnosticar-tratar/“resolver”-dar de alta.

Podríamos afirmar que lo que emerge aquí es una referencia a las incongruencias asociadas a la falta de control médico sobre las formas de organizar la producción de los servicios, ampliamente abordado desde la sociología médica/de las profesiones (Castro, 2019) y también desde los estudios que –haciendo foco en la caracterización del subsistema público de atención de la salud argentino- especifican el debilitamiento de la capacidad de gestión que lo atraviesa (Belmartino, 2002). En un contexto de creciente complejidad de las organizaciones sanitarias, la “distancia” entre médicos/as y las instancias de toma de decisiones intra (e inter) hospitalarias asume, incluso, características que rozan el absurdo, de acuerdo con las interpretaciones de los/las informantes, generando sentimientos de injusticia y una perspectiva que institucionaliza la idea de que los espacios organizacionales sanitarios –y las lógicas con las que operan- chocan contra la capacidad médica de sostener el trabajo profesional.

Tensiones en la relación médico/paciente

Si la presencia del paciente social tensiona la relación orden médico-orden hospitalario, particularmente en lo relativo a las condiciones de posibilidad del cumplimiento del trabajo profesional, en lo que respecta a la relación entre el orden médico y la lógica del paciente, se visibilizan otro tipo de dificultades. En el caso que nos ocupa, como ya indicamos, una manera de definir al paciente social consiste en remarcar el contraste “es un paciente pero no lo es”, que emerge como un modo de explicitar su carácter externo a la jurisdicción de la Clínica Médica en tanto saber biomédico. La peculiaridad de la relación médico-paciente en este caso, que determina el hecho de no estar atravesada por la necesidad de intervención técnica –más allá de los controles periódicos de rutina que sí se siguen manteniendo a pesar de “estar sano”- supone una radicalización del modo en que el/la profesional se ve interpelado/a, en lo que respecta a las dimensiones no reducibles a la mirada biologicista de su práctica: ¿qué hacer con este paciente “sano”? ¿es necesario y/o viable establecer un vínculo, “involucrarse”? Si la respuesta es afirmativa, ¿desde qué posicionamiento hacerlo?

En este marco, adquieren sentido ciertas afirmaciones de los/las informantes en relación con el enfoque de la Clínica Médica. En efecto, se considera pertinente enfatizar –para explicar la situación de los paciente social en la unidad- que se trata de una especialidad “dura”; “academista/cientificista” en lo relacionado con la formación y el ejercicio de la profesión; que focaliza en la “patología y no en el paciente”; que sostiene un modo “cuadrado” de relacionarse, “distante”, “lejano”. Estas referencias generales acerca de la mirada disciplinar se corresponden con el abordaje que las ciencias sociales llevaron a cabo en torno de la relación médico-paciente, donde se remarcan las asimetrías de poder/estatus/prestigio, así como la despersonalización del paciente en un contexto de racionalización, estandarización e incluso proletarización de la atención médica (Freidson, 1988; Armstrong, 1982; Mc Kinlay y Arches, 1985).

En este contexto, emerge en la trama narrativa el interrogante acerca de la posibilidad de manejar otros registros vinculares en la cotidianeidad del trabajo hospitalario. En los relatos identificamos a varios/as informantes que reivindican la importancia de sostener una postura “humanista”, en pos de exaltar el estatus del paciente en tanto persona, más allá de –aunque no negando– la centralidad atribuida al conocimiento ligado exclusivamente a la dimensión técnico-científica de la atención. A este respecto, se menciona que incluso pequeñas acciones habilitan a un cambio de enfoque en este sentido: comprar la bebida gaseosa de preferencia del paciente y mezclar allí su medicación, organizar sus fármacos incluso poniendo “cartelitos” para evitar equivocaciones en la continuación del tratamiento luego del alta, reiterar explicaciones de manera didáctica. Los fragmentos siguientes exponen esta tensión, estructurante –si se quiere– de la disciplina médica, entre los valores involucrados en una orientación más “humanista” de la atención, y otra de orden más reduccionista.⁶

El paciente social es la última prioridad en clínica (...) parece que está todo más enfocado en la organicidad, en lo sistémico, en si tiene fiebre o no tiene fiebre. Son pocos los que tienen un vínculo más humanitario. Hemos tenido, por ejemplo a R. Éramos algunos que nos llevábamos bien con él (...) F [*una concurrente*] le conseguía libros, son pocos los que logran vincularse desde ese otro lugar.

Luego añade:

Tuve compañeros que me decían: ‘vos tendrías que haber sido trabajadora social, no médica’, porque por ahí pensaba si el paciente iba a poder comprar la medicación (K., médica concurrente; 4 años de antigüedad en el cargo).

Este “humanismo” aparece articulado también con el vocabulario de la dimensión “asistencial” de la atención, exponiendo el dualismo que atraviesa a los dos mandatos de la profesión médica: el científico-técnico y el de servicio, el cual es reconocido en términos de tensión. En los siguientes fragmentos, dos informantes reflexionan acerca de cómo el orden médico no abraza necesariamente esta voluntad asistencial.

Pensaba que la gente que estaba trabajando en esos lugares [*hospitales públicos*] iba a tener el perfil que tenía yo, el interés que tenía yo sobre esa parte de la población. Gente que le interesara cubrir esta parte de la salud. Pero terminó siendo no siempre tan así. (I., médico de planta; 3 años de antigüedad en el cargo).

Nosotros en la UBA somos cuadrados, no conocemos lo que es adentro de un hospital, es bien científicista. No le importa la realidad social del paciente (...) y no estás laburando con un turno, estás laburando con un paciente ahí que llora, tiene familia, se ríe. Después también eso, vos te enfrentás con la realidad... ¡con la realidad de la gente! (...) Es como que ellos quieren aprender medicina, no quieren... dicen ‘yo no estoy acá para relacionarme con la gente’ (B., médico residente).

Este rechazo hacia la “realidad social del paciente” escenifica tanto la distancia –incluso la interrupción– entre la experiencia de formación académica y la experiencia laboral hospitalaria,

⁶ Bloom (1988) analiza la tensión “humanismo”/“biologicismo” en el terreno de la disputa entre valores de la práctica médica, en el marco de las reformas de segunda mitad del s. XX en las instituciones de educación médica en Estados Unidos. El autor señala que mientras el humanismo vehiculiza valores centrados en el cuidado en términos integrales – en un sentido bio-psico-social– de la comunidad, la familia y el paciente, el enfoque reduccionista se centra en la fe en la racionalidad de las soluciones médicas, el desinterés en los aspectos comunitarios/personales del paciente, y el foco en la comunidad científica y a la práctica competente de la profesión.

así como la tensa coexistencia entre diferentes concepciones de la medicina: los que se encuentran su vocación en “la gente” vs. los que consideran que se trata de una cuestión periférica a la vocación científica. Aquellos/as que se identifican con la primera postura, expresan una inquietud: la falta de entrenamiento formal para la adquisición de pautas de acción a la hora de vincularse con los pacientes en general (lo que remite a la capacidad de comunicarse en la interacción cotidiana pero, sobre todo, para gestionar situaciones límite como la inminencia de la muerte). El desconcierto y la desazón también aparecen a la hora de enfrentarse al paciente social. Como indica V. “el paciente social es un gris con el cual no sabemos mucho qué hacer. Es un gris que genera malestar, angustia, te hace sentir inútil, que no podés ofrecerle más, nadie nos enseña”. Este tipo de reflexión nos reenvía a lo que Bonet (2004) consignó bajo el dualismo del saber-sentir que atraviesa a la práctica de la medicina científica, aunque consideramos que la dimensión emocional, afectiva y relacional que quedaría por fuera del orden médico científico emerge –en este caso- poniendo el hincapié en una cuestión relativa a la pregunta por la definición misma de las competencias profesionales y los dilemas asociados: ¿hasta qué punto las destrezas vinculadas al paciente como “persona” deben quedar por fuera del currículo formal de Medicina, o al menos, de la especialidad de Clínica Médica? De manera espontánea o cuando preguntamos acerca de la existencia de asignaturas que aborden esta problemática en la formación universitaria, se explicita que sólo acceden a un contacto superficial con este tipo de aspectos, exclusivamente a través de materias como salud mental, salud pública y bioética. Esta vacancia, en contrapartida, activa una búsqueda personal de espacios extracurriculares donde sea posible adquirir herramientas no-biologicistas, prácticas y teóricas.

Consideraciones finales

El paciente social emerge en las narrativas de médicos/as clínicos/as como una estrategia clasificatoria capaz de expresar/reorganizar una realidad compleja y dilemática relativa a un perfil de paciente que no se puede externar, aún “*estando sano*”. De este modo, facilitaría el cumplimiento del trabajo profesional respecto de los pacientes convencionales, al ubicarlos como el objetivo prioritario de atención. La realidad que esta categoría nombra, empero, no deja de resultar problemática para los/las informantes. En este sentido, como trazamos a través de los distintos apartados, se expresan distintas tensiones y contradicciones a nivel del desempeño profesional hospitalario, relativas a la relación entre colegas (centradas en las diferencias de enfoque a la hora de internar/externar paciente social); al modo en que los/las médicos/as afrontan la inercia organizacional (y, a la vez, las exigencias) respecto de este perfil de paciente; el vínculo que consideran es posible/esperable entablar (considerando que las instancias de intervención técnica han concluido con éxito).

Es posible afirmar que, en virtud de las características *límite* que presenta este paciente situado por fuera de la matriz de inteligibilidad biomédica, se radicalizan problemáticas abordadas ampliamente en el marco de las ciencias sociales: el carácter reduccionista del enfoque biologicista y sus implicancias para la atención de la salud, el impacto que para la profesión médica reviste el desempeño laboral en organizaciones complejas, la despersonalización y la distancia establecidas en las interacciones médico-paciente. Ahondar en este análisis desde una clave que remarca la realidad clasificatoria que se lleva a cabo en el marco de las rutinas profesionales hospitalarias ha permitido: (1) adentrarnos en una temática poco abordada, ya que no es habitualmente visibilizada debido a su carácter informal, así como (2) establecer una lectura que pone de relieve ciertos rasgos relativos a cómo los/as propios/as médicos/as interpretan y valoran sus prácticas, competencias e incluso su identidad profesional en la actualidad.

Bibliografía

- Abbott, A. (1988). *The system of professions: an essay on the division of expert labor*. Chicago: University of Chicago Press.
- Abhela, F.; Castro, M.; Landeiro, N.; Neves, A.; Santos C. (2006). Mortalidad e o Tempo de Internação em uma Unidade de Terapia Intensiva Cirúrgica. *Revista Brasileira de Anestesiologia*, 56 (1), 34-45. http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S003470942006000100005&script=sci_abstract&tln g=pt
- Allen, D. (1997). The nursing-medical boundary: a negotiated order? *Sociology of Health & Illness*, 19(4), 498-520.
- Allen, D. y Pilnick, A. (2005). Making connections: healthcare as a case study in the social organisation of work. *Sociology of health & illness*, 27(6), 683-700.
- Armstrong, D. (1982). The Doctor-Patient Relationship: 1930-80 In: A. Wright and A. Treacher (eds) *The Problem of Medical Knowledge*. Edinburgh: Edinburgh University Press.
- Atkinson, P. y Gregory, M. (2008). Constructions of Medical Knowledge. En J. Holstein y J. Gubrium (eds), *Constructionist research* (pp. 593-604). Nueva York-Londres: The Guildford Press.
- Ayres, J.R. (2011). O Cuidado e o espaço público da saúde: virtude, vontade e reconhecimento na construção política da integralidade. En RPinheiro y AG Silva Junior (eds.), *Cidadania do Cuidado: o universal e o comum na integralidade das ações de saúde* (pp. 27-44) Rio de Janeiro: CEPESC – IMS/UERJ – ABRASCO.
- Barry, C.; Stevenson, F.; Britten, N.; Barber, N., y C. Bradley (2002). Giving voice to the life-world. More humane, more effective medical care? A qualitative study of doctor-patient communication in general practice. *Social Science & Medicine*, 53(4), 487-505.
- Belmartino, S. (2002). Los valores vinculados a equidad en la reforma de la atención médica en Argentina. *Cadernos de Saúde Pública*, 18, 1067-1076.
- Bister, M. D. (2018). The concept of chronicity in action: everyday classification practices and the shaping of mental health care. *Sociology of health & illness*, 40(1), 38-52.
- Bloom, S. (1988) Structure and ideology in medical education: an analysis of resistance to change. *Journal of health and social behavior*; 294-306.
- Bonet, O. (2004) *Saber e sentir: uma etnografia da aprendizagem da biomedicina*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.
- Bowker, G. C., y Star, S. L. (2000). *Sorting things out: Classification and its consequences*. Chicago: MIT Press.
- Brovelli, K., Castrogiovanni, N., Morán, N., Otero, G., Pratto, L., Quiroga, M., y Vezzetti, M. (2015). Vivir en el hospital. Aportes para analizar la situación de las personas con internaciones prolongadas en hospitales públicos de la Ciudad de Buenos Aires. *Revista Margen*, 78, 1-18.
- Castelitti, S. (2013). Cronificación de la exclusión: vulnerabilidad social, cronificación de pacientes internados. *III Jornadas de Trabajo Social en el Campo Gerontológico*, La Plata, 30 y 31 de agosto.
- Castro, R. (2009). Prólogo. Sobre el arte de desencantar un campo. En LB Schraiber, *médico y la medicina: autonomía y vínculos de confianza en la práctica profesional del siglo XX*. Buenos Aires: Lugar Editorial.
- Ceballos-Acevedo, T. M., Velásquez-Restrepo, P. A., & Jaén-Posada, J. S. (2014). Duración de la estancia hospitalaria. Metodologías para su intervención. *Revista Gerencia y Políticas de Salud*, 13(27), 274-295.
- Córdova-Villalobos, J. Á., Barriguete-Meléndez, J. A., Lara-Esqueda, A., Barquera, S., Rosas-Peralta, M., Hernández-Ávila, M., y Aguilar-Salinas, C. (2008). Las enfermedades crónicas no transmisibles en México: sinopsis epidemiológica y prevención integral. *Salud Pública*

- de México, 50(5), 419-427.
- Crowe, S. y R. Brugha (2018) “We've all had patients who've died...”: Narratives of emotion and ideals of competence among junior doctors. *Social Science & Medicine*, 215, 152-159.
- Egan T. y C. Jaye (2009). Communities of clinical practice: the social organization of clinical learning. *Health*, 13(1), 107-125.
- Filho, N. A., y Paim, J. S. (1999). La crisis de la salud pública y el movimiento de la salud colectiva en Latinoamérica. *Cuadernos médico sociales*, 75.
- Freidson, E. (1988). *Profession of Medicine. A study of the sociology of applied knowledge*. Chicago: Chicago University Press.
- Gascón, S. y N. Redondo (2014). Calidad de los servicios de largo plazo para las personas mayores con dependencia. *Serie políticas sociales*, 207. Santiago de Chile: CEPAL.
- Gieryn, T. (2022). *Cultural boundaries of science: Credibility on the line*. Chicago: University of Chicago Press.
- Goffman, E. (2004). *Internados. Ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Good, B. (1993) *Medicine, rationality and experience: an anthropological perspective*. Cambridge University Press.
- Good, M.J.D. y Good, B. (1989). Disabling practitioners: hazards of learning to be a doctor in American medical education. *American journal of orthopsychiatry*, 59(2), 303-309.
- Guber R. (2001). “Antropología social”: una categoría nativa de la diáspora antropológica argentina. *Anuário antropológico*, 26(1), 169-189.
- Kirmayer, L. J. (1988). Mind and body as metaphors: hidden values in biomedicine. En M. Lock y D. Gordon (eds.), *Biomedicine examined* (pp. 57-93). Dordrecht: Springer Netherlands.
- Laplantine, F. (1999). *Antropología de la Enfermedad: Estudio Etnológico de los Sistemas de Representaciones Etiológicas y Terapéuticas en la Sociedad Occidental Contemporánea*. Buenos Aires: Ediciones del Sol.
- Launsø, L. (1989). Integrated medicine -a challenge to the health-care system. *Acta Sociologica*; 1989, 32(3), 237-251.
- Lock, M. y Nguyen, V. (2018). *An anthropology of biomedicine*. New Jersey: John Wiley & Sons.
- López Pardo, P.; García, A.; Baztán Cortés, J. (2016). Influencia de la duración de la estancia hospitalaria sobre la mortalidad tras el alta en pacientes mayores con patología médica aguda. *Gaceta Sanitaria*, 30(5): 375-378. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5619676>
- Luxardo, N. y F. Sasseti (2021). *In situ. El cáncer como injusticia social*. Buenos Aires: Editorial Biblos.
- Mattos, R. A. de. (2004). A integralidade na prática (ou sobre a prática da integralidade). *Cadernos de Saúde Pública*, 1 (20): 1411–1416.
- McKinlay, J. y J. Arches (1985). Towards the proletarianization of physicians, *International Journal of Health Services*, 15 (2), 161-195.
- Medicina, F. d. (2019). *Facultad de Medicina*, disponible en: <http://fmed.uba.ar/carreras/medicina/información-general>.
- Menéndez, E. (1990) *Morir de Alcohol. Saber y hegemonía médica*. Mexico D. F: Alianza Editorial.
- Minayo, M.C. (2009). *La artesanía de la investigación cualitativa*. Buenos Aires: Lugar Editorial.
- Nolte, S., Elsworth, G. R., Newman, S., y Osborne, R. H. (2013). Measurement issues in the evaluation of chronic disease self-management programs. *Quality of Life Research*, 22, 1655-1664.
- Rodríguez Enríquez, C. (2005). Economía del cuidado y Política Económica. Una aproximación

- a sus interrelaciones. *CEPAL: Documento presentado en la Trigésima Octava Reunión de la Mesa Directiva de la Conferencia Regional sobre la Mujer de América Latina y el Caribe*.
- Salinas, M. T., Morel, J. A. C., García, P. A., Morer, S. M., & grupo de trabajo de los Servicios de Medicina Interna de los Hospitales de Cataluña (2005). Alternativas a la hospitalización convencional en medicina interna. *Medicina clínica*, 124(16), 620-626.
- Schraiber, L. B. (2019). *El médico y la medicina: autonomía y vínculos de confianza en la práctica profesional del siglo XX*. Remedios de Escalada: Editorial de la Universidad Nacional de Lanús.
- Turner, V. (1988). *El proceso ritual*. Madrid: Taurus.
- Ubasart-González, G. y Minteguiaga, A. (2017). Esping-Andersen en la Argentina: El estudio de los regímenes de bienestar. *Política y Gobierno*, 24 (1): 213-236. <http://www.politicaygobierno.cide.edu/index.php/pyg/article/view/892>
- Vasilachis, I. (2006) La investigación cualitativa. En I. Vasilachis de Gialdino (comp.), *Estrategias de investigación cualitativa* (pp. 23-64). Barcelona: Gedisa.
- Wallerstein, I., Briceño-León, R. y Sonntag, H. (1999). *El legado de la sociología, la promesa de la ciencia social*. Caracas: Editorial Nueva Sociedad.

Fecha de Recepción: 8 de agosto de 2023
Recibido con correcciones: 7 de diciembre de 2023
Fecha de Aceptación: 14 de diciembre de 2023