

¿QUE SABE LA TEORIA DE SI MISMA? LA CUESTION DE LAS RELACIONES DEL PSICOANALISIS CON EL HOSPITAL DESDE LA LOGICA DE LAS PRACTICAS*

SERGIO EDUARDO VISACOVSKY

INTRODUCCIÓN

Intentaremos desarrollar dos cuestiones que, si bien se encuentran estrechamente vinculadas, su índole exige un tratamiento diferenciado, dada su complejidad y autonomía. Por un lado, quisiéramos discutir las relaciones entre la práctica psicoanalítica (en tanto práctica científico-profesional) con las instituciones hospitalarias (básicamente, del sector público de la salud). Por otro, y desprendiéndose de la problemática anterior, desearíamos reflexionar sobre algunos problemas teóricos, indispensables para dar cuenta de los fenómenos abordados, pero tratando de ahondar en las dificultades específicas inherentes a la interpretación de las prácticas sociales, en lo que se refiere a las relaciones entre normas y acciones, reglas constitutivas y acciones significantes.

La mediación entre los problemas señalados se constituirá a partir de pensar cómo las prácticas científicas, en su existencia social, son conformadas por determinaciones que bajo ningún punto de vista las ponen a resguardo de la opacidad; por el contrario, lejos de representar las teorías científicas «lugares privilegiados», comparten condicionamientos y efectos que las asimilan a formas del conocimiento que, desde su Razón, son lo Opuesto.

Nuestro problema consiste en saber cómo operan **prácticamente** las teorías científicas; en otras palabras, qué incidencia posee la **práctica** sobre los modos en que se produce, evalúa, adhiere o rechaza a una determinada teoría. Las consecuencias que se desprenden de estas preguntas llevan, inevitablemente, a cuestionarse los **límites** entre las diversas formas de conocimiento.

Si bien el tema de las relaciones del psicoanálisis con las instituciones ha sido profusamente tratado desde el propio campo psicoanalítico, entendemos posible pasar de la teoría como explicación del mundo a la **teoría constitutiva de prácticas**. Esto implica abandonar transitoriamente los «lugares de verdad» afirmados desde la teoría,

* Ponencia presentada en el III Congreso Argentino de Antropología Social, Rosario, el 26 de julio de 1990

y pasar a considerar todas las versiones como «verdaderas», intentando interpretar su significado en tanto espacio activo de prácticas.

Buscaremos recoger algunos desarrollos de la investigación iniciada en 1988, «La construcción ideológica de la salud-enfermedad mental: un análisis de las relaciones del Estado con los sectores populares en el contexto de la institución hospitalaria», dirigida por los Lic. Hugo Ratier y Alicia Stolkiner, becada por la Universidad Nacional de Buenos Aires.

El punto de partida lo constituye un caso específico, el de la situación de un grupo de profesionales de la salud mental en un hospital general público del Gran Buenos Aires. Los datos presentados son el resultado de un trabajo de campo que se extendió, aproximadamente, desde agosto de 1988 hasta marzo de 1990. Durante el mismo se procedieron a relevar discursos y acciones de los profesionales (contextualizadas), efectuándose observaciones participantes durante el transcurso de ateneos, reuniones de los equipos de atención, jornadas interhospitalarias y supervisiones clínicas, así como entrevistas abiertas a los profesionales del Servicio. Se puso especial énfasis en las argumentaciones, evaluaciones, justificaciones, emitidas por los profesionales para dar cuenta de su situación específica en la institución. Además, se indagaron las significaciones atribuidas a diversos temas -dinero, pago, trabajo ad honorem, pago sustituto, etc.

Dados los objetivos que nos hemos propuesto, sería imposible para la presente ocasión abordar las cuestiones referentes a la metodología empleada, así como los pasos seguidos en el trabajo de campo, por lo que nos limitaremos a hacer explícitos los eslabones de la cadena metodológica en lo referente a la interpretación de los datos. A modo de prólogo y guía, proponemos dirigir la mirada a la más profunda singularidad, allí donde todo parece ser semejante sólo a sí mismo. Esto nos permitiría encontrar allí la universalidad, tarea eminentemente teórica, que puede definirse a partir de la pregunta por la forma o manera en que lo singular es producido, generado; en otros términos, cómo lo general se ha especificado en lo singular (EZPELETA & ROCKWELL, 1983; DIAZ et. al., 1986). Esta concepción intenta profundizar en toda la riqueza y complejidad del caso singular, para, a partir de allí, preguntarse por lo general, que no equivale a la sumatoria de los casos particulares, sino a las reglas o principios de producción de lo singular.

1. LAS PREGUNTAS DESDE «EL CASO»

El lugar elegido para la realización del trabajo de campo fue un Servicio de Salud Mental de un hospital general público, sito en el conurbano bonaerense. Recibe una población que demanda atención proveniente de sectores medios bajos y bajos de la zona, e incluso de lugares más alejados, incluyendo el interior del país. Es uno de

los más importantes hospitales de alta complejidad en la Provincia, contando con una dotación de cuatrocientos cincuenta camas. Actualmente, depende del Gobierno provincial.

El Servicio de Salud Mental es uno de los primeros del país (data de la década del '50), contando con Servicio de internación (ubicado en el mismo cuerpo del hospital) y Consultorios Externos (separados del cuerpo principal del hospital), donde se atiende a pacientes ambulatorios.

La atención es prestada por ciento cincuenta profesionales, aproximadamente, con un neto predominio de psicólogos (el 80%), y el resto integrado por médicos, laborterapistas y psicopedagogos. De la población total de profesionales, sólo un 20% está rentado, ya sea por ser personal «de planta», o residentes del Ministerio de Salud Pública de la Provincia de Buenos Aires. La mayoría del personal no rentado corresponde a psicólogos que trabajan bajo la categoría de visitantes». La «visita» se caracteriza por el otorgamiento, por parte del Servicio del hospital (a veces, por la dirección misma del hospital) de un **reconocimiento** de la prestación; esto la diferencia de la «concurencia», que dispone de un reconocimiento a nivel gubernamental (del ministerio). En principio, parecería que salvo vincular esta situación a la crisis del Estado, y, en particular al sector público de la salud, otra cosa no se podría decir. Sin embargo, una serie de preguntas surgen de inmediato: ¿cómo puede mantenerse esta situación, con todas sus características? ¿Se trata de una situación particular de este Servicio, o es algo generalizado? ¿Corresponde a un problema específico de los Servicios de Salud Mental, o atraviesa a la Salud Pública en su conjunto? Las respuestas a estas formulaciones se vieron limitadas por la ausencia de estudios sistemáticos sobre el sector público de la salud (y ni qué hablar del área de la salud mental). Suponíamos que se trataría de un fenómeno generalizado, de larga data, pero sólo como una inferencia del material cualitativo disponible (por ejemplo, las declaraciones al respecto de los informantes). Pero la primera pregunta ¿cómo puede mantenerse esta situación? implicaba otro tipo de análisis.

Al tiempo de tomar contacto con esta realidad, emprendimos la tarea de «aprender» las **normas de la institución**. Hay requisitos tan «obvios» para un miembro del plantel profesional del Servicio como conocer sus horarios de atención, los de otros profesionales, la frecuencia, lugar y momento de las supervisiones clínicas, los profesionales «supervisores» disponibles, la disponibilidad temporoespacial de los consultorios, los canales de derivación de pacientes y los de acceso al Servicio,... y muchas otras tareas más. Como se puede apreciar, una lista extensa de actividades pautadas que el participante de la institución **aprende en forma práctica**; aún más, no necesariamente un actor individual domina la «totalidad» de la normativa, en la medida en que «aprende» prácticamente, es decir, mientras **actúa y se hace miembro** de la institución-Servicio.

Disponíamos de una pregunta que implicaba el conocimiento de la normativa

institucional, no en tanto un «todo indeterminado», sino cobrando un sentido a partir de estar articulado a una pregunta: ¿por qué van a trabajar en calidad de AD HONOREM los psicólogos a la institución?

- Ahora bien, una serie de elementos llamaron poderosamente nuestra atención:
- a) la identidad psicoanalítica (1) de la práctica profesional. Esto no sólo suponía un corpus de significaciones teóricas y clínicas, sino una posición con respecto a la atención hospitalaria, la relación con las instituciones, y el lugar del pago y el dinero en la relación analítica;
 - b) la existencia de numerosos debates y discusiones en torno al papel del pago/dinero en psicoanálisis, y a la posibilidad/imposibilidad de efectuar tratamientos psicoanalíticos en instituciones, llevados a cabo en ateneos, jornadas, talleres, grupos de estudio, etc.;
 - c) la confesión particular de los profesionales de un «malestar» por la ausencia de renta;
 - d) la elaboración de una justificación del trabajo hospitalario *ad honorem* como «pago sustituto», en donde el profesional recibiría como «pago» contactos profesionales, formación, experiencia;
 - e) hasta ese momento, escasa canalización gremial del problema.

Nos parecía que estos elementos coexistían contradictoriamente, y que la elaboración teórica desde el psicoanálisis para explicarlos no dejaba a los profesionales muy tranquilos. La pregunta obligada era: ¿por qué los psicólogos, a pesar de su formación psicoanalítica (y a pesar de su temprana orientación a la clínica privada, y a la formación en grupos de estudio privados) insisten en trabajar gratuitamente en los hospitales?

Hay que tener en cuenta que muchos mantenían una «doble formación», pudiendo pagar su formación y dedicando tiempo a la atención privada, pero no abandonando el hospital.

Luego ofreceremos más detalles acerca de la manera en que los profesionales conciben esta problemática. Pero antes, sería necesario realizar un recorrido por la posición psicoanalítica en torno a las instituciones.

2. PSICOANÁLISIS E INSTITUCIONES: LA «MIRADA INTERNA»

Previamente, sería indispensable efectuar una referencia aclaratoria, para explicitar a qué nos estamos refiriendo con «psicoanálisis e institución». Como podría suponerse, se trata de un campo vasto, que incluye una gran diversidad de temáticas y problemas. Aquí nos referiremos, específicamente, al problema de la posibilidad (o no) de efectuar psicoanálisis en instituciones. Nuestras fuentes estarán limitadas a la

producción argentina, porque entendemos que la problemática adquiere en nuestro país un matiz particular. La misma es tema de jornadas, ateneos, simposios, libros, artículos de revistas, charlas de café. D. Zimmerman nos describe los rasgos principales de la discusión:

«Un fenómeno observable en nuestro medio en los últimos años es el número creciente de profesionales (egresados de las facultades de medicina y psicología) que encuentran una natural continuidad para su formación en la incorporación a una institución de Salud Pública. Trátase de un hospital psiquiátrico, un servicio de psicopatología o un centro de salud mental, dicho objetivo de formación conlleva, de un modo más o menos explícito, la expectativa de una orientación psicoanalítica; orientación que se confirma en la medida en que los cursos y seminarios programados aborden la problemática analítica y que sean también psicoanalistas los docentes y supervisores de la tarea asistencial. Estos profesionales de reciente graduación comienzan o han comenzado recientemente su análisis personal y grupos de estudio; y como residentes, concurrentes o visitantes, van conformando el grueso del cuerpo asistencial de sus respectivas instituciones, a las que encuentran organizadas, por otra parte, según los modelos psiquiátricos más tradicionales (ZIMMERMAN, 1988:11 -subrayado nuestro-).

Zimmerman no nos habla de ningún hospital en particular; nos describe una situación general sin afirmar que se trata de la situación de todos los servicios y hospitales. Corresponde a una experiencia que ha dejado de ser personal, no sólo por el hecho de comunicarla, sino porque en la misma están inscriptas las marcas de su carácter múltiple, compartido. Hemos querido remarcar algunas expresiones que son, a nuestro criterio, sumamente significativas, y que se enlazarán, posteriormente, con nuestro análisis interpretativo.

El primer problema de la práctica psicoanalítica en el hospital parece surgir cuando se analizan las condiciones del análisis, el contrato:

«Respecto a los tratamientos hospitalarios, es característico subrayar como una de sus más francas limitaciones la cuestión de su duración preestablecida y supuestamente insuficiente; se suma a ello la implícita imposibilidad de una adecuada frecuencia de sesiones (...) es la propia institución la consultada; no se podrá elegir el terapeuta (que inclusive podrá llegar a ser reemplazado); no se abonarán honorarios pero será azarosa la disponibilidad de un consultorio. Particularidades todas que

deben ser exhaustivamente revisadas y que, en mayor medida, aluden a un tema central del psicoanálisis: la transferencia». (ZIMMERMAN, op.cit.: 12)

Lo que remarca Zimmerman es, por un lado, aquellas condiciones que no podrán cumplirse en el hospital: duración de las sesiones, frecuencia de las mismas, demanda propiamente analítica, elección del analista, establecimiento de honorarios, disponibilidad de consultorio propio. En la medida en que estas condiciones están siendo sustentadas a la vez que sustentan la **transferencia**, (2) y si ésta está en el lugar central de la constitución del vínculo analítico, ¿cómo podría establecerse el mismo si las condiciones que pueden fundarlo están ausentes o modificadas? Puede haber o no una respuesta inmediata, aunque se acepta el desafío de pensar el problema:

«El hospital constituye un lugar propicio para la investigación clínica del psicoanálisis y el estudio del campo de sus aplicaciones (...)

De todos modos, persiste el dilema de **cómo conciliar el modelo psicoanalítico con el contexto en que se intenta aplicarlo**; cómo resolver el entrecruzamiento de discursos que se origina; hasta qué punto la rigidez del marco institucional puede flexibilizarse y tolerar la brecha que introduce el psicoanálisis». (ZIMMERMAN, op. cit.: 12 - subrayado nuestro-).

Puede haber una respuesta negativa y definitiva, basada en una imposibilidad por someter el análisis a la administración institucional, porque «no todo trabajo con grupos o instituciones que utiliza aportes del psicoanálisis puede ser considerado una práctica psicoanalítica». (MAZZUCA, 1981).

«El psicoanálisis no puede practicarse bajo ningún tipo de regulación administrativa que desconozca o no acepte al analista como único director de la cura (...).

El analista puede servir a otros discursos, pero allí ya no sirve al psicoanálisis ya que no se puede ser operador eficaz de dos o más discursos al mismo tiempo». (GRANDINETTI, 1988: 10)

Aparece ya planteado el problema de cómo conciliar dos normativas; de ahí es posible pasar a la puesta en duda:

«Si partimos de que la institución opera a través de la censura, escamoteando el deseo, el psicoanálisis, por referirse al discurso del deseo y desenmascarar la censura, es en principio su adversario y como

tal es rechazado (...).

Pienso que no es posible el psicoanálisis en la institución sin advertir que somos hablados por ella y que para poder modificar este discurso debemos primero leer su texto y conocer su historia». (FERNANDEZ, 1988: 16-17)

Casi un camino sin salida; **a menos que se modifique el discurso institucional**, previa crítica de la «paternidad Médica Estatal y a su madre La Beneficencia» (FERNANDEZ, 1988: 16).

Ante todo, se plantea la incompatibilidad de «lo médico» con «lo psicoanalítico»:

«Al enfermarse, un sujeto abandona (...) el lugar que tiene asignado: en la familia, en el trabajo, etc. Acude a la consulta y ahí se le asigna un lugar, el de enfermo, el de paciente -del Doctor-. Si acepta ese lugar como suyo, contribuye a la funcionalidad de la maquinaria social: por un lado acepta ser devuelto, por los distintos procedimientos de diagnóstico y tratamiento, al lugar que abandonó al enfermarse, por otro lado confirma el poder médico y reafirma a éste en su lugar: el Doctor tiene el «saber» y la «salud» y, al administrarlos al paciente, realiza los ritos que contribuyen al buen funcionamiento del orden social desde la funcionalidad de la institución médica». (GARCIA REINOSO, 1988: 8).

La realidad institucional, la del hospital público, aquella con la que se encontrará el analista, no será la del contexto propiamente analítico, en la medida en que éste ha sido producido y mantiene una eficacia para otro tipo de realidades. Si unimos las **condiciones concretas**, -entendiéndose por ellas no sólo los aspectos materiales, sino la faz organizativo-normativa-técnica-, se llega a la conclusión de que los deseos de la institución son absolutamente «lo otro» del psicoanálisis. Tres son los aspectos en los que se observa la más neta diferencia de contexto, aquellos que representan la evidencia sino de la imposibilidad del psicoanálisis en el hospital, al menos las prácticas en las que resulta; ellos son: el tiempo de tratamiento, el pago y el lugar del analista:

«**El tiempo de tratamiento**: la exigencia de las autoridades de cubrir estadísticas de prestaciones mensuales que expresarían la eficacia de los trabajadores (...) determina que éstos deban concluir los tratamientos fuera de todo criterio analítico. Esto se disfraza como 'alta institucional'. Si la relación analítica consiste en sostener, mantener y

asegurar que la repetición siga siempre diferente, es decir, que el analista mantenga vivo el deseo, esto aquí es impensable, ya sea porque la institución demande altas o porque la institución decide la permanencia o no del analista en ella.

El pago: como fiel guardián de la pureza religiosa de la institución, el dinero no debe circular. Se supone que los que en ella trabajan no sufren ninguna falta, por eso donan. Por lo bajo, pueden llevarse el paciente a privado (...)

El lugar del análisis: pautado por una institución que no es psicoanalítica, sino profundamente médica e hipocrática». (FERNANDEZ, op. cit.: 17). (3)

Muchos afirman que si los psicólogos con formación psicoanalítica aceptan las condiciones de trabajo «institucionales», no hay verdadero problema para resolver, debido a que las normas constitutivas del psicoanálisis son «violadas» por la acción de los profesionales. La **conducta concreta**, en tanto la realidad, mostraría lo que se hace efectivamente (4). **¿Y lo que se dice?** Se trata de algo secundario, ni siquiera subordinado. **¿Es que acaso mienten?** (5). Se podría pensar que sí, que descreen de sus propios planteos. Pero, **¿cómo explicar la insistencia por el planteo mismo?** **¿cómo se explica el malestar que provoca la situación en los profesionales?** **¿cómo explicar el hecho mismo de que se afirme, de que sea expresado, de que el problema sea puesto repetitivamente en discurso?**

Si mintiesen, sería interesante conocer las fuentes energéticas que los impulsan una y otra vez. Porque el problema forma parte de las discusiones dentro del campo psicoanalítico -como hemos visto-, pero alcanza además a la psicología, la psiquiatría, la salud mental. Discusiones que recorren congresos científicos, charlas cotidianas y pocas preocupaciones gremiales. En cada instancia o contexto, con su modalidad, su ritmo, con las diferencias propias de las tradiciones teóricas y profesionales.

Hay un fenómeno que entendemos crucial para develar este interrogante. Desde un campo en el que convergen ciertas posturas sanitarias, corrientes de la salud mental (e.g. SAFORCADA, 1987) se hablará de «la miopía del psicoanálisis para entender las demandas de salud de las grandes mayorías populares. Los argumentos del psicoanálisis serían los propios de un pensamiento reaccionario, emergente de una práctica privada dirigida a los sectores privilegiados de la sociedad. El psicoanálisis **no entiende al hospital**, por ende, **no entendería, al pueblo**, no sería capaz de pensar las diferencias y desigualdades sociales». Ahora bien, para esta postura, el encuentro del psicoanálisis con el hospital público es fortuito, azaroso; es el choque de dos entidades extrañas una a la otra, incompatibles. Más allá de las diferencias ideológico-político-terapéuticas, existe una coincidencia entre esta postura y el psicoanálisis: para ambas se trata de dos realidades irreductibles, donde sus relaciones se conciben

como «encuentros artificiales», forzados», en plena exterioridad (VISACOVSKY, 1989). Porque, ¿acaso la presencia del psicoanálisis en los hospitales no está ya señalando una forma de **relación**? En otros términos, ¿por qué plantearse el encuentro como **aleatorio y sustancial**?

El núcleo central, a los efectos de la investigación, no reside en saber si es posible o no el psicoanálisis en el hospital, sino poder llegar a formular **las condiciones de producción del problema mismo**, incorporando todos los matices, las percepciones diferenciales, que no son sólo los puntos de vista del observador, sino la **constitución lógico-histórica del objeto**.

3. LOS «VISITANTES» DEL SERVICIO: BÚSQUEDA DE UN SABER.

A continuación, nos referiremos al grupo de profesionales del Servicio de Salud Mental al que hemos aludido en los lugares anteriores.

¿Quiénes son estos profesionales? En su mayoría son psicólogos (en mucha menor cantidad, médicos que buscan especializarse en psiquiatría), que han elegido el hospital como **lugar de formación**. Es decir, son muchos los psicólogos que, una vez recibidos, se orientan a formarse en hospitales neuropsiquiátricos, centros de salud mental o servicios de salud mental en hospitales generales, como es el caso que describimos.

El Servicio en cuestión posee un gran prestigio; es un ámbito «especial» dentro de los Servicios de Salud Mental del país. Se trata de un lugar donde se ha prolongado una línea histórica, que impone «respeto», al mismo tiempo que lo convierte en una de las instituciones más apetecidas, más disputadas, por los profesionales. (6) Lo que se busca es aprender a partir de la práctica misma, de la atención del paciente; esto se consigue integrando uno de los varios equipos de atención que posee el Servicio (p.ej., el Equipo de Adultos, el de Niños, el de Adolescentes, el de Grupos Terapéuticos, el de Alcoholismo, etc.). Simultáneamente, se efectúan cursos de formación o seminarios internos. Este móvil de «la formación» es asumido por todos por igual, más allá de la categoría con la que se ingrese o la situación laboral concreta. Por ejemplo, una psicóloga residente ponderaba el Servicio, como un lugar de formación, señalando que «(...) el hospital te da la posibilidad de ver más pacientes, más patologías, y es una de las razones por las que entra la mayoría»; así, coincidía en la formulación general con un psicólogo visitante, al que le «parecía importante por la formación que venía teniendo fuera de la facultad». Cabe hacer una primera aclaración. El objetivo perseguido por estos profesionales son los consultorios externos, lo que buscan es el paciente ambulatorio, no el internado. Si bien hablar de Servicios de Salud Mental en hospitales generales implica referirse a un área de internación, en la práctica los

Servicios pasan a ser hegemónicos -y por lo tanto, asimilados- sólo al área de consultorios externos, donde domina la tarea clínica. En un trabajo anterior (VISACOVSKY, 1989) señalamos que la generalización de la modalidad de atención por consultorios externos está vinculada a, por un lado, la aparición del campo patológico de las neurosis y las llamadas enfermedades psicosomáticas; por otro lado, la paulatina legitimación del saber psiquiátrico dentro de las prácticas médicas, lo que implicó no solo su ejercicio profesional, sino, además, la oficialización de su enseñanza en las facultades y academias de medicina. El carácter «formativo» del consultorio externo de un hospital, fue algo que el mismo S. Freud había previsto:

«A los fines de la investigación que debe llevar a cabo el docente de psicoanálisis bastará con disponer de un consultorio externo que provea el material necesario en la forma de enfermos denominados «nerviosos», mientras que para cumplir la función de la psiquiatría deberá contarse con un servicio de internamiento». (Freud, 1973 / 1919 /: 2425).

En la caracterización del hospital como «ámbito de formación», parece existir una tradición, próxima a «lo médico», en la que el hospital es el lugar donde se aplica la teoría aprendida, el espacio de la práctica por excelencia, del aprendizaje a través de la acción, del contacto y la observación de los «casos» como manifestaciones de la enfermedad. Precisamente, es a la práctica médica donde se encuentra más integrada esta tradición: «Yo no pensaba otra cosa que insertarme en un hospital, mis padres son médicos. Viene para mí «historicamente», nos señalaba una médica residente. Es que para los médicos, resulta «natural» la relación entre formación y hospital, existiendo una fuerte integración entre la carrera universitaria y las prácticas hospitalarias. La expresión más palmaria de esto es la existencia de la institución hospital-escuela (como el conocido «San Martín»); la cátedra no es sólo la «materia y su enseñanza», sino lugar donde la demanda del enfermo, su sufrimiento, ha de ser respondido por la Cura Médica, la Clínica.

Esta integración hospital-formación se ha venido acentuando en los últimos tiempos en la carrera de Psicología en Buenos Aires, donde muchas materias (p.ej., las clínicas de adultos y niños) efectúan sus prácticas en hospitales. En muchas ocasiones, los docentes de la cátedra suelen ser los principales profesionales del Servicio hospitalario, y los alumnos establecen así sus primeros contactos laborales; no es extraño que muchos ingresen a la institución a partir de esas experiencias, ya sea en el momento, o posteriormente, una vez recibidos.

Vamos a emplear la noción de **socialización**, en un sentido descriptivo, para referirnos al proceso de formación profesional y ejercicio, pero situándonos en el lugar de los actores, para quienes se trata no sólo de un aprendizaje, de la adquisición

de un conocimiento, sino, además, de su integración al cuerpo profesional, de la conformación de su identidad profesional. Es probable que esta noción tenga validez sólo en los casos de profesionales recién egresados, sin experiencia, desconocedores del medio, que se sienten todavía «parte de», y su identidad se encuentra fluctuando entre el estudiante avanzado y el profesional novel.

Entonces, es posible pensar el hospital como un gran agente socializador, un aglutinador social, a partir del cual se aseguran ciertos elementos -profesionales, teóricos, prácticos-, al mismo tiempo que se define la identidad profesional. Dos psicólogos visitantes del Servicio coincidían en sus comentarios: «Mi situación de recién recibido era de desorientación, y el trabajar en instituciones me daba más seguridad, continencia, de sentirme más acompañado», haciendo alusión al umbral que separa al estudiante no profesional del profesional. El segundo era aún más explícito en cuanto al lugar del hospital: «Si yo tuviese resuelto el tema económico, elegiría el hospital por la cuestión de socializar, compartir, sentirme más respaldado. El ámbito laboral es de socialización. trabajando en forma individual es más difícil.» Alguien podría hablar de una «comunidad», en la que se perpetúa simbólicamente la especie profesional, un lugar legítimo donde se legitima la práctica.

Los caminos más directos para ingresar al Servicio, como hemos dicho, son aquellos que se establecen a partir del puente facultad-hospital, cátedra-Servicio. Institucionalmente, el vínculo está trazado, no hay que crearlo; lo que se necesita ahora es que cada individuo pueda cruzarlo de un lado al otro. La forma más común de ingreso es a partir del contacto previo establecido por el estudiante con sus profesores, en las materias, especialmente, con prácticas hospitalarias. De todas maneras, siempre se requerirá de «alguien conocido», un profesional de la institución, que oficie de «presentador». Generalmente, para incluirse en algunos de los Equipos, alcanza con una entrevista con los coordinadores; pero pueden también aparecer profesionales de mayor jerarquía.

El acuerdo más común es pasar a ser un «visitante», es decir, «alguien que tiene un compromiso de asistencia al Servicio cuatro veces por semana el primer año. después tres, realiza cursos, efectúa atención, supervisa, todo sin más reconocimiento que el del Servicio, a diferencia del concurrente, que tiene un reconocimiento oficial», según lo describía un psicólogo que poseía dicha categoría. De «sin más reconocimiento» puede aislarse «sin más», ya que toda la tarea asistencial se realiza en forma gratuita. El tema del «reconocimiento» se reduce a quien tiene una aceptación de sus servicios por parte del ministerio de salud, pasando a ser «concurrente».

La mayoría del personal no rentado estaba conformado por psicólogos, para quienes las únicas posibilidades de acceder a una renta pasaban por ser nombrados como personal permanente del hospital -«de planta»-, u obtener una residencia, tras rendir un exámen. De los primeros, sólo conocimos dos, que fueron nombrados luego de más de diez años de trabajo ad honorem; los residentes tampoco eran muchos,

apenas un 15% aproximadamente. Muchos que tenían más de diez años de trabajo, carecían de perspectivas inmediatas para acceder a alguna de las formas de renta señaladas. Resulta importante patentizar que el Servicio funciona con un altísimo porcentaje de profesionales sin renta: «Está casi aceptado eso de no cobrar, de trabajar gratis. Lo de trabajar gratis se da como que es algo inevitable», confesaba resignadamente un psicólogo visitante, que tenía una militancia gremial importante. (7)

La visita puede ser vista como un régimen de prestaciones establecidas entre las partes, casi siempre verbalmente -o sea, sin mediar escrito alguno-, donde llega a cristalizarse un contrato donde se fijan, por un lado y para el caso de los profesionales, la frecuencia y los horarios de asistencia al Servicio, el tipo de prestación, etc.; por otro, y de parte de la institución, el ofrecimiento o compromiso de dar formación profesional bajo la forma de cursos, ateneos, supervisiones clínicas, contactos con profesionales destacados. Se puede hablar, así, de un intercambio de formación por trabajo asistencial.

Es posible, asimismo, calificar a la «visita» como una institución, en tanto un sistema normativo-valorativo aceptado como legítimo, que exprese el modelo ideal del «deber ser». La «visita hospitalaria» posee un doble carácter; por un lado, es una forma «natural» de trabajo hospitalario, casi la salida obligatoria de quien quiera insertarse en un hospital; por otro lado, es objeto de críticas, dado el malestar que genera la aceptación de dichas condiciones de trabajo. El malestar es confesado a pesar de la realidad de tantos profesionales aceptando ese tipo de contrato. «Si nos hace hablar demasiado esto del trabajo ad honorem, es que produce algún tipo de malestar», reconocía otro psicólogo visitante.

Hemos visto que la producción psicoanalítica en torno a las relaciones entre psicoanálisis e instituciones, no puede tomarse simplemente como una producción «teórica»: se trata de la expresión particular de una comunidad intelectual acerca de un problema concreto que sufren, y al que deben o necesitan dar respuesta. Pero también -o al mismo tiempo- pueden ser tomas de posición, cuerpos normativos para la acción, consejos para viajeros o antorchas para no extraviarse en la noche, como la voz oficial, legítima, acerca de los «peligros de corrupción» de la práctica, de destrucción de la identidad. Esto es incomprensible si no se menciona la formación preponderante psicoanalítica de los psicólogos en la Universidad de Buenos Aires (aunque se trate de un fenómeno nacional); «Me parecía importante para mi formación, porque la facultad no sirve para ser psicólogo, ni para ser psicoanalista», afirmaba rotundamente un psicólogo visitante.

Pero esta visualización del hospital como «formador en psicoanálisis», contrasta con la postura que remite a un antagonismo primordial: «A veces la normativa institucional riñe con la del dispositivo analítico, la institución quiere la salud del paciente, el psicoanálisis no se mueve en esos términos, quiere ir más allá del síntoma», reflexionaba un psicólogo visitante, quien acordaba con una residente en

que el «hospital es una institución que tiene ciertas leyes a las que uno se tiene que amoldar».

Ya hemos mencionado los puntos de partida u objetivos de base en los que el Hospital, la institución Médica, difiere del Psicoanálisis. También parece haber un acuerdo en lo que se denomina «encuadre», o sea la frecuencia y duración de las sesiones, el espacio, etc. Hospital y Consultorio Privado son lo opuesto. Muchos alternan el trabajo hospitalario con la atención privada; esta doble experiencia les permite cotejar ambos ámbitos. Hay quien encuentra pocas diferencias en la atención, y sí en el «encuadre»; «En el trabajo de asistencia no hay diferencias, influye el tema del encuadre, la comodidad, saber que uno no está buscando desesperadamente un consultorio o sillas para atender», casi un problema de confortabilidad para un psicólogo visitante, muy diferente a plantear el carácter «exclusivo» de la normativa hospitalaria: «Está la cuestión del tiempo, de los honorarios -la norma es que se vea una vez por semana al paciente-», anticipando el problema de quién fija las pautas, de quién es el paciente.

Sin son las normas de la institución médica, basada en la beneficencia, las que dominan, hay un aspecto de la normativa psicoanalítica que, definitivamente, queda al margen: el dinero. Porque la institución atiende **gratuitamente**, ignorando el lugar del dinero pago en la constitución del vínculo analítico (8). La ausencia de dinero en la institución puede leerse de dos maneras: desde el punto de vista del hospital, el paciente no paga para atenderse porque la atención es gratuita, garantizada estatalmente; desde el punto de vista de los profesionales, ellos no cobran dinero alguno, ni del paciente (como ocurriría en condiciones analíticas «normales»), ni de la institución, como podría hacerlo si fuese un asalariado contratado por la misma.

Ahora bien, hay un acuerdo en cuanto a que el paciente no paga en dinero en el momento de su atención, y el profesional no recibe dinero por sus servicios, pero esto no significa que no exista «pago». El pago tiene otra naturaleza; así, por ejemplo, una psicóloga residente afirmaba que «el paciente siempre paga, en el hospital paga con el cuerpo, es internado, como si el paciente entregase su cuerpo o su sufrimiento para que el deseo de formación se realice. También podrá pagar en especie (hacer un regalo). Aunque también puede que alguien recuerde los impuestos que pagan los ciudadanos como contribución al mantenimiento de los servicios. Todo esto es cierto y puede reconocerse sin mayores dificultades; son las condiciones del análisis violadas dentro del hospital, las que se ponen en foco. Cuando se analiza si el no pago es un obstáculo para la realización del tratamiento, el tono se endurece: «En un análisis hay condiciones: un contrato que incluye el dinero(...) El dinero es condición del análisis(...) El pago señala el lugar del analista (...) El no pago es un obstáculo para el trabajo en una institución», reafirmaba una psicóloga visitante, que exponía en el marco de unas jornadas internas del Servicio.

No todos se expresan en términos tan duros; más de uno coincidió en que el

pago no es condición del análisis, pudiendo haber pago en una atención privada, y no resultando en un análisis, dándose casos al revés en el hospital (9). Es decir que, si bien el pago forma parte de las condiciones básicas del contrato analítico, no es definitorio por sí sólo: forma parte de una estructura de elementos.

Pero si el problema del análisis puede justificarse o resolverse, queda siempre pendiente ese lugar de filántropo que se genera con la ausencia de pago, o más bien su aceptación. Por eso, se repetirá que «el pago no es condición del análisis, pero es importante. ¿Uno qué hace? ¿Viene a escuchar por amor?», repetía un psicólogo visitante.

Sin embargo, no todos concuerdan en que no hay pago; más bien, se alcanza a diferenciar un tipo de pago, no en dinero, aunque bien podría ocupar ese mismo lugar. Es el denominado «pago sustituto», que «estaría en la circulación de cierto saber, en el encuentro con otros colegas», según una de las tantas versiones que se brindaron del mismo en el Servicio. De nuevo formación, de nuevo experiencia, de nuevo socialización (10).

Llegado este punto, parece no haberse ahondado demasiado. El énfasis o el interés manifestado que demuestran los psicólogos que ingresan al hospital por «formarse», vuelve a aparecer bajo una categoría que «tranquiliza» al psicoanalista en el hospital. «Tranquiliza» ilusoriamente, en la medida en que el malestar persiste, y en la medida en que el «pago sustituto» no consigue ni definir el lugar del psicoanálisis en el hospital, ni mitigar el malestar que provoca el trabajo gratuito.

Las condiciones del análisis refieren el pago al «analizado», mientras que tanto el malestar por la ausencia de pago en dinero, como la idea de pagos de carácter simbólico -el «pago sustituto»-, tienen por objeto a la institución. Esto es así en la medida en que el contrato es realizado con la institución, y es esta la que confiere o adjudica la categoría de «visitante» a los demandantes de «formación». La «visita» concentra en sí todas las características que hemos delineado, conteniendo todos los derechos y obligaciones del demandante de formación; la institución accede a la demanda del demandante -«formarse»-, pero a condición de realizar tareas de asistencia hospitalaria. En ningún momento se ha considerado la posibilidad de contemplar el pago, pues la misma categoría de la «visita» lo excluye; por lo tanto, en la medida en que los actores «negocian» los términos de los contratos institucionales, saben que no van a cobrar, saben que van a trabajar **ad honorem**, y de acuerdo a las normas que fije la institución. Claro está, también la «visita» excluye la posibilidad de instaurar la normativa psicoanalítica. Aunque el demandante de «formación» sabe que entra a una institución no psicoanalítica, bien se ha ocupado de averiguar qué se hace (en cursos, en tratamientos), para escapar a la «persecución» médica. (11)

4. UN OLVIDO ACTIVO

Podríamos concluir apresuradamente en la siguiente afirmación; los profesionales violan las normas que definen al psicoanálisis. Pero no se trata de una violación en la que el psicoanálisis se disuelva. Lejos de ocurrir eso, sigue manteniéndose; la formación que se demanda es psicoanalítica; las modalidades de atención tratan de ser psicoanalíticas, o al menos se las piensa como «desviaciones» del psicoanálisis; el lugar desde donde se reconocen los profesionales sigue siendo -más que nunca- psicoanalítico, pues termina autodefiniéndose como psicoanalistas antes que psicólogos; las discusiones con la institución, la crítica, la posibilidad o imposibilidad de «hacer» psicoanálisis, son pensadas desde el psicoanálisis. ¿Cómo se entiende esta acción contra el psicoanálisis, sin despojarse del mismo? ¿Cómo atentar contra su vida no sólo sin provocar su muerte, sino otorgándole más vida?

Como hemos visto, se sabe que se infringen normas, Es en la propia acción donde se las hace a un lado, donde se las desplaza, donde parecen dejar de operar. Cuando reaparecen, lo hacen bajo una forma modificada; es esta modificación la que provoca sorpresa, estupor («¿estaremos haciendo psicoanálisis en la institución?»), relacionándose no sólo con los cambios «objetivos» de contexto terapéutico, por ejemplo, sino también con un saber que ha abierto las puertas de la institución, pero que no es conciliable con el psicoanálisis: un saber no psicoanalítico que demanda psicoanálisis.

Hay un paso de la norma a la acción que puede ser franqueado, pero que deja un «resto» que debe ser redefinido. Las normas son violadas como si las mismas no existiesen, pero existen. Allí se produce un **olvido activo**, pues se sabe que las normas existen, pero en ciertos momentos de la acción concreta su campo de eficacia, su dominio, cae abatido. Su coacción deja de tener validez, ya que en la plena acción, la normativa parece olvidarse, parece sufrir un desplazamiento.

Las normas psicoanalíticas son desalojadas en un tiempo que va desde la motivación del profesional por ingresar al hospital, hasta el momento en que efectúa el contrato, bajo la advocación de la normativa institucional. Entonces, las normas psicoanalíticas quedan en un estado de «suspensión»; sin desaparecer, dejan de operar, no por efecto de la normativa institucional, que se impone por su fuerza «ex-clusiva», sino porque aún esta misma fuerza no consigue destruirlas, sino sólo postergar sus consecuencias.

En esta **lucha normativa**, el profesional sabe que ha de entregarse al dominio de la institución, con la ilusión de que su sacrificio le restituya luego la normatividad desplazada; pero ese «luego» ya no será como «antes», porque la normativa psicoanalítica ha sufrido una transmutación.

El malestar que se manifiesta discursivamente, expresa un conflicto normativo, pero no sólo como «incompatibilidad» normativa. También da cuenta de que

es posible discutir la pertinencia del psicoanálisis en el hospital, pero esta discusión no alcanza a explicar los motivos y aspiraciones de formación psicoanalítica que se declaran. Sólo se encarga de actualizar identidades -pese al contexto-, de aclarar límites, de prevenir contra impurezas. Pero lo que no se sabe es que, para construir una identidad, ha sido necesario renunciar a ella.

5. UN SABER QUE NO SABE (12)

En todo el proceso descrito anteriormente, queda flotando la sensación de que el profesional, actor de la práctica psicoanalítica, no sabe todo lo que ha hecho. Estamos hablando de **intelectuales**(13), **actores de prácticas científico-profesionales** (14), inmersos en una **concepción del mundo científica**, de la cual puede sospecharse limitaciones cuantitativas en cuanto al acopio de conocimiento, o el efecto propio de la diversidad del conocimiento y la especificidad de cada saber. En síntesis, el dominio de la ciencia supondría la garantía de la transparencia, o el arma de lucha contra la opacidad del sentido común y la ideología (vide. ALTHUSSER,1984).

Ahora bien, si hemos comprendido bien el fenómeno del **olvido activo**, deberíamos concluir necesariamente en que la ciencia no constituye un reducto aislado, a salvo de la opacidad. O, en otras palabras, ciencia y transparencia no son formas equivalentes, ni tampoco se deriva la segunda de la primera. Por el contrario, la ciencia es sólo la posibilidad o la potencialidad de superación de la opacidad, no su resultado. Esto se debe a que las presiones sobre el pensamiento científico se originan en la misma fuente que en otras formas de pensamientos.

Opacidad y transparencia constituirían no dos pares antinómicos, sino contradictorios y en proceso (DIAZ et.al,1986). Una estructura «transparente» puede caer presa de nuevas condiciones que la «ataquen», y viceversa. Es posible que se caiga en el peligro de indistinguir las formas de conocimiento, pues se las deja de concebir como formas «fijas», sino móviles», en permanente cambio, entremezclándose. Pero cambiaría la tónica de nuestra pregunta: ¿cuáles son las condiciones que generan las diferentes formas?

Por lo general, la oposición opacidad-transparencia estuvo referida siempre a otras oposiciones tales como sentido común-ciencia o ideología-ciencia. Desde su percepción interna, la ciencia ha visto esta oposición como «de naturaleza»; pero esta percepción -así como la oposición misma- ha necesitado de la producción de ciertas metamorfosis sociales. Debí instaurarse un saber o saberes diferenciados de los demás (en el sentido de auto-reconocerse como «Otros»), al mismo tiempo que debieron auto-identificarse y ser identificados como saberes legítimos. La ciencia, en especial desde el siglo XVI, ha venido cumpliendo este papel. La legitimación del conocimiento científico produjo una de las primeras **discontinuidades** en la vida

social (movimiento que le permite pensar a Bacon en «ídolos» y «fantasmas», como los prejuicios que impiden el progreso científico).

Pero la ciencia no fue el único movimiento productor de **discontinuidad cognitiva**. La separación entre opinión y ciencia, entre conocimiento vulgar y conocimiento «docto», supuso ya un lugar de afirmación del conocimiento en tanto «verdadero». La continua división del trabajo, con la consiguiente acumulación diferencial de saberes y poderes, produjo un «efecto de distanciamiento»: el rey, el sacerdote, el sabio, son formas históricas en las que se encarna el **extrañamiento** del saber. Son las piezas a partir de las cuales se legitima un saber como «verdadero», al tiempo que lo hasta entonces «común e indistinguible» se torna en «lo otro», y subordinado. Participando de este proceso, se constituyó lo que J. Habermas llamó la «esfera pública», es decir

«(...) la emergencia histórica de una arena de debate político que, en principio, desligaba la participación de la posición social del sujeto (que trajo aparejado) el surgimiento de la opinión pública».(NUN, 1985;37)

Este proceso, operado desde el siglo XVII, ha sido «olvidado» por la Epistemología positivista, si bien las ciencias presentan las marcas de dicha historia (LECOURT, 1983). Una Epistemología que condena el error, o más bien que concibe la historia de la ciencia como la evolución hacia la luz, donde las teorías superadas son «falsas», donde la escisión con la vida cotidiana es tan profunda, representa el Yo de la ciencia; no puede sino narrar la historia de la ciencia mas que por ella misma (HORKHEIMER & ADORNO, 1987/1944/), aunque en verdad, éste es sólo un momento en el movimiento mismo de la ciencia, cuyo momento positivo siempre supone la negación de los momentos anteriores -anterioridad temporal no sólo en relación a un pasado, sino también a la contemporaneidad-.

La distinción entre ciencia y sentido común es el resultado de un específico proceso socio-histórico, mas no debe confundirse esta distinción con el surgimiento de la opacidad. La «ruptura epistemológica» (Bachelard, Durkheim, Bourdieu, Passeron, Althusser, etc.) se historiza como **hendidura** en la experiencia cotidiana, como discontinuidad, como extrañamiento de la conciencia indiferenciada. En el enunciado «la ciencia rompe críticamente con los usos corrientes del lenguaje», se encuentra grabada no sólo la receta de la verdad, del conocimiento, sino la misma historia de su constitución en tanto resquebrajamiento.

Al plantear la oposición entre ciencia-sentido común como una **construcción**, no concluimos ligeramente en un relativismo epistemológico. Lo que deseamos es profundizar en un problema. La ciencia-institución es un discurso «sin sujeto»: es el imperio de la objetividad. De ahí que la epistemología positivista colocara en un lugar central a la lógica formal, y la transformara en el principio normativo regulador del

discurso (FOUCAULT,1973). De este intento por garantizar el «buen orden» científico, queda excluido el interés, la pasión, el poder, el conflicto, en la medida en que implican un retorno al sujeto-obstáculo; negación teórica que, sin embargo, no es confirmada en la práctica:

«(...)se ha comprobado (entre otros por Feyerabend) el carácter práctico de la propia racionalidad científica, esto es, el papel fundamental que desempeñan en ella la elección, la deliberación, el conflicto de opiniones, la persuasión, etcétera». (NUN, 1986.:38)

Este tema es de fundamental importancia, toda vez que la práctica ha sido siempre el principio que da sentido el sentido común; de la práctica sólo puede resultar un conocimiento práctico. Pero si ésto es así, ¿Qué razón subsiste para hablar de prácticas allí donde el sentido común es el enemigo a derrotar, donde no deberían quedar ni cenizas de su presencia prehistórica?

6. DE LA «CUALIDAD PRÁCTICA» A LAS PRÁCTICAS SOCIALES

Existe en la literatura específica un suerte de confusión entre lo que sería el «carácter o cualidad práctica» y las llamadas prácticas sociales. Dicha confusión obedece a que, por lo general, se ha querido ver en los estudios referidos a sentido común una primacía de la acción guiada por intereses; el filósofo en la vida cotidiana-gramsciano-es un ser pragmático por excelencia. J. Nun, un crítico de las concepciones «racionalistas» sobre el sentido común, que lo condenan a una «incoherencia» de naturaleza, establece la distinción de los enunciados del sentido común sobre la base del pragmatismo:

«(...) en la actitud natural de la vida cotidiana, los juicios no son verdaderos o falsos -como los de la ciencia-, sino válidos o inválidos, correctos o incorrectos, eficaces o ineficaces». (NUN, 1984:146)

El aspecto práctico constituye una forma de determinación, que organiza contenidos y formas sintácticas, subordinando las condiciones de verdad-falsedad que gobiernan la lógica de la ciencia. Se trata, al decir de J.Nun, de no concluir en que el stock de conocimientos disponibles del sentido común carece de consistencia, sino que lo realmente importante es referirse a las prácticas que actualizan el stock. Estas prácticas tienen un bajo nivel de arbitrariedad, encontrándose reguladas socialmente con variaciones de contexto:

«Son estas prácticas las que articulan a situaciones específicas los elementos de aquel caudal que consideran apropiados; y, en esta forma, cumplen una doble tarea: por un lado, determinan cuáles de ellos son relevantes en términos del problema a resolver; y, por el otro, al usarlos establecen su sentido, desde que éste es función del contexto»(NUN,1984:147)

La idea de un sentido común guiado por el «interés práctico» descansa en el mismo principio que dicotomiza ciencia y opinión. A. Giddens ha señalado que «en modo alguno el sentido común tiene solamente un carácter práctico como el 'conocimiento de un libro de cocina'. Normalmente, en cierta medida sustancial, se deriva y responde a las actividades de los 'expertos', que realizan la contribución más directamente a la racionalización explícita de la cultura». (GIDDENS,1987:116)

Giddens ha distinguido entre lo que denomina «conocimiento mutuo», es decir, el conocimiento que se da por sentado, que los actores suponen que los demás poseen si son miembros competentes de la sociedad, y que se emplea para sostener la comunicación de la interacción, y el «sentido común», entendido como un cuerpo más o menos articulado de conocimiento teórico al que se puede recurrir para dar cuenta de la realidad natural y social. Para Giddens, siempre se ha tendido a reducir el sentido común a «acopio de conocimiento» (según el término introducido por A.Schutz), sin visualizar estos dos elementos analíticamente distinguibles. El «conocimiento mutuo» es aplicado en la forma de esquemas interpretativos a través de los cuales los contextos de la comunicación son creados y sostenidos en la interacción, comportándose como verdaderas «reglas generativas», siendo permanentemente actualizado, expuesto, modificado por los miembros de la sociedad.

Hay, pues, una cierta superposición de planos semánticos en lo que al «término «práctica» se refiere. Se trata de un malentendido que, presumiblemente, la misma ciencia se ha encargado de generar y difundir, olvidando que ella misma es el producto y a la vez se dirige a un tipo definido de prácticas. Etnometodólogos como Garfinkel -a partir de reconocer la capacidad reflexiva e interpretativa de todo actor social-, afirman que «(...) el corte epistemológico entre conocimiento práctico y conocimiento erudito no existe». (COULON,1988:57).

Precisamente, el fondo de la cuestión descansa en la reflexividad de los actores sociales. Así, Coulon señala el doble carácter (práctico-teórico) del conocimiento sociológico:

«La producción de una visibilidad de lo social pasa por una objetividad que no es monopolio de la actividad científica. Para la Etnometodología, la actividad científica es el resultado de un modo de conocimiento práctico que, a su vez, puede convertirse en objeto de estudio para la

sociología, ser científicamente cuestionado». (COULON,op.cit.:56)

Giddens señala que ningún actor es capaz de dominar el flujo de su acción en forma absoluta. Los actores, sin embargo, siempre darán razones sobre su comportamiento. Es aquí donde Giddens, agudamente, distingue entre las razones que un actor ofrece y que pueden expresar un control sobre sus actos, de aquellas que ofrecen una «tranquilidad», en la medida en que son reconocidas socialmente como razonables. Ahora bien, no siempre es posible «saber lo que se hace, o por qué se hace», esto sin negar la existencia de verdaderas justificaciones de la acción:

«Cometeríamos un error si supusiéramos que las especies de explicaciones que los actores buscan y aceptan respecto de la conducta de los otros están limitadas a la racionalización de la conducta, es decir en cuanto se presume que el actor comprende adecuadamente lo que está haciendo. En el lenguaje corriente (...) las «razones» no están claramente distinguidas de los motivos». (GIDDENS,op.cit.:117).

En suma, plantear un sujeto «reflexivo» no equivale a plantear un sujeto plenamente dominador de sus acciones, ni tampoco un sujeto «transformador». La conciencia de la acción es un específico modo de acción social, pero no la condición de la acción.

La vieja fórmula de Marx («los hombres hacen la historia, pero bajo condiciones determinadas») encuentra una nueva expresión en el enunciado de Giddens »(la) producción o constitución de la sociedad en una obra práctica de sus miembros, pero que no se verifica en: «... condiciones que están enteramente dentro de su intención o comprensión. ¿Qué significado tiene este atributo de práctica? Para Giddens, «las prácticas son los proceder situados de un sujeto, pueden ser examinadas con respecto a los resultados intentados, y pueden involucrar una orientación en cuanto a asegurar una respuesta o serie de respuestas de otro o de otros (...). (GIDDENS, op.cit.:120). Práctica y acción son tan similares, que bien pueden pasar por sinónimos. Sin embargo, creemos que no deben ser confundidas. Las acciones son potencialmente más variadas e imprevistas que las prácticas. Las prácticas están referidas a un sujeto, pero este sujeto no es el individuo que actúa -ni siquiera bajo un contexto o coyuntura determinada-; este sujeto es el que crea las posibilidades para que se manifieste el actor, siendo la expresión específica y relativamente autónoma de la estructura social. Las prácticas, como bien lo señala Foucault, son regulaciones de acciones, y en tanto tales son estructuras en proceso. Toda práctica se manifiesta en un sin número de acciones probables, que son las manifestaciones (empíricamente aprehensibles) de las reglas de la acción.

Conceptualizar las prácticas como estructuras permite establecer su diferen-

ciación de las acciones, además de pensar a éstas como los productos controlados de un número finito de reglas socialmente establecidas. Pero plantea a la vez la dificultad de distinguir la estructura de las prácticas sociales, de la estructura social global que las determina. Si esto es correcto, entonces la separación analítica entre «estructuras» y «estructuración» que efectúa Giddens, puede tener un gran valor en la profundización del problema, pero puede condenar también a una visión dicotómica de lo social, donde dichos conceptos no sean referidos a momentos de un proceso que necesita indispensablemente de los sujetos (como reiteradamente lo afirma Giddens), pero por el simple motivo de que las fuerzas sociales actúan sobre sujetos, se refieren a sujetos, y conforman sujetos. Si la **estructuración** «se refiere abstractamente al proceso dinámico mediante el cual las estructuras llegan a existir» (GIDDENS, op.cit.: 122) implica necesariamente producción de prácticas (es decir, de relaciones sociales) y su reproducción simultánea.

7. EN PRINCIPIO, LA REPRODUCCIÓN DE UNA PRÁCTICA CIENTÍFICO-PROFESIONAL; QUIZÁ, LA APROPIACIÓN DE LA PRÁCTICA EN UN PROCESO DE MEDICALIZACIÓN.

Reconocer la dominancia de la visita hospitalaria, pero considerándola como una normativa cristalizada y funcional al sistema de Salud Pública en Argentina, implicaría reconocer el lugar de los profesionales, como sujetos activos. Vamos a intentar, a partir de los desarrollos expuestos anteriormente, interpretar el fenómeno descrito correspondiente al trabajo gratuito de los profesionales en el hospital, el deseo de formación-socialización, la visita hospitalaria y el pago sustituto como un proceso en el que se estructura, por un lado, una práctica profesional, por otro -pero subsumiendo a la anterior-, la generalización de cualidades inherentes al proceso de medicalización.

Desde el punto de vista de la práctica científico-profesional, el tránsito por el hospital constituye una etapa necesaria en la conformación de la identidad. En la Argentina -o más propiamente en Buenos Aires-, el psicoanálisis se constituyó profesionalmente como práctica privada, en base a la clínica, dirigida a una población-clientela formada por sectores medios y altos; su desarrollo se produjo a la par de la extensión de las capas medias, que contribuyeron tanto como «base de reclutamiento» de clientela, como de formación de profesionales. El psicoanálisis pasó a ser un constituyente esencial, a la vez que conformador de la identidad social de las capas medias. Este proceso se realizó, en principio, a cierta distancia de la intervención estatal directa, ya sea porque el ámbito de trabajo o acción no estuvo en las instituciones del sistema de salud pública, o porque no pesaba impuesto alguno sobre

la práctica, o porque su enseñanza y difusión se realizó en círculos privados (BALAN, 1988; VISACOVSKY, 1989)

Ahora, la transformación de los sistemas públicos de salud, su extensión, la aparición de consultorios externos en hospitales psiquiátricos para el tratamiento de pacientes ambulatorios, luego los servicios de salud mental en hospitales generales y, más tarde, los centros de salud (fines de la década del '50 y principios de la del '60), incidieron para que, primero a través de la psiquiatría, el psicoanálisis ingrese al hospital como «aporte de la ciencia moderna»; luego, para que haga pie en la naciente carrera de Psicología en la Universidad de Buenos Aires, en 1958 (VISACOVSKY, 1989).

La creación de la carrera en Buenos Aires (no la primera del país, pero sí quizá la más importante por su incidencia) significó la legitimación desde el Estado de una situación que, de hecho, parecía desbordar las viejas estructuras de la profesión médica. La realidad del psicoanálisis como práctica diferenciada de la psiquiatría tradicional, con un campo de acción legítimamente ganado, y en el cual se arrogaba la exclusividad -el de las neurosis-; sus vinculaciones con el mundo de la filosofía; su consenso entre las capas medias -quienes cada vez, en mayor cantidad, presionaban ya en la década del '60 para alcanzar una formación que, hasta allí, había quedado relegada a los círculos privados de las asociaciones-; en fin, todos estos elementos se conjugaron para que la carrera de psicología fuese la nueva instancia de formación profesional para este nuevo actor social (BALAN, 1988; VEZZETTI, 1985)

Al tiempo de la creación de la carrera, se impuso tempranamente una de las características principales de la medicalización: la formación universitaria unida al hospital. Esta unión del hospital con la universidad se sustenta en el modelo que concibe al primero como una pedagogía, en donde los mismos enfermos examinados constituyen una escuela: la enfermedad, bajo la mirada ingenua o experimentada, habla por sí sola (FOUCAULT, 1986). Al mismo tiempo, como señala E. Menéndez (MENENDEZ 1978), el hospital es el lugar del ejercicio, de aprendizaje, de entrenamiento donde...se asume la responsabilidad de la atención privada. Esto no sólo se da en la concepción del psicoanálisis en términos «privados», sino, además, en el hecho concreto de formarse en un hospital público para ejercer (o pretender hacerlo) en el mundo privado; ésto, sin olvidar los «famosos» clientes privados que a veces se consiguen en el hospital.

La inclusión de este vínculo estrecho entre hospital y universidad, muestra a las claras que la inclusión de los jóvenes profesionales ni es aleatoria, ni puede ser reducida a sus necesidades personales de formación. Tampoco es un mero hecho de socialización profesional. El punto es que cada vez más el trabajo hospitalario se presenta como la continuidad «natural» del aprendizaje clínico, lo que también indica que se está produciendo, de hecho, una inclusión objetiva de los psicólogos en las estructuras del sistema público de salud.

Las diferentes formas de trabajo gratuito hospitalario (como la visita), no son

nuevas para la práctica médica, pero para el profesional psicoanalista, sí, no sólo por el hecho de provenir del mundo privado, sino porque realmente, el lugar del psicoanalista en la institución es conflictivo.

Lo que denominamos, pues, como proceso de medicalización -es decir, la generalización de la atención médica, con sus formas institucionales, técnicas etc. más la apropiación de otras formas de atención y su subordinación a la lógica de la práctica médica-, resulta ser un proceso social contradictorio. En verdad, el psicoanálisis en el hospital parece querer resolver los conflictos dentro de los límites del psicoanálisis mismo. La teoría del pago sustituto, en gran medida, reproduce bajo una forma específica las características de la visita, unido al ideal de formación. Mediante la elaboración de la teoría del pago sustituto, se reproduce la visita hospitalaria, al mismo tiempo que se legitima la práctica psicoanalítica en el hospital.

Si el proceso de medicalización constituye el aspecto más general, queda abierto como problema la manera en que la estructuración profesional constituye una nueva estructura médico-curativa (o no).

El «olvido activo» de las normas psicoanalíticas es más bien la actualización del poder médico, simbolizado en los límites institucionales que borran la validez temporal del discurso psicoanalítico. Si todo psicoanalista debe pasar por el hospital, y no sólo como etapa necesaria de la formación, sino, además, como construcción de su identidad profesional, entonces deberán reconocerse dos órdenes de determinación que trascienden la significación subjetiva: primero, la estructura sanitaria del país; segundo, las exigencias propias de reproducción de la práctica profesional.

La negociación de los profesionales con las instituciones en el momento del ingreso, sin embargo, no supone un deseo de transformar la práctica en paramédica (como en los Estados Unidos); antes, se impone la identidad anti-médica. Pero, de hecho, hay una subordinación de la práctica psicoanalítica a las normas médicas, adoptando muchas de ellas en la medida en que se trasuntarán en determinadas acciones (p.ej., la aceptación de la visita hospitalaria)

A la práctica profesional psicoanalítica, sin embargo, se le escapa la realidad que la constituye, porque su motivación es la reproducción profesional dentro de sus normas y valores. Pero esta reproducción es «ampliada», en el sentido de que lo que puede parecer mero mantenimiento funcional de la identidad, pasa a ser el punto de partida de nuevas formas profesionales. Estas nuevas formas profesionales son más bien el resultado de un «efecto estructural», la subordinación a la lógica médica, mas de ningún modo un proyecto conciente.

CONCLUSIONES

La ciencia institucionalizada, al constituirse, al reproducirse, al autoafirmarse, anula otras formas de conocimiento, tanto histórica como lógicamente. En la medida que realiza este movimiento de ruptura con el conocimiento previo, se afianza, pero negando sus propias condiciones de aparición.

Por otro lado, nunca deja de estar expuesta al peligro de la opacidad, básicamente, porque **las teorías científicas nunca dejan de ser prácticas sociales**. Como tales, obedecen a principios que operan generalmente en las prácticas sociales en la vida cotidiana. De tal forma, la ciencia nunca abandona el sentido común o la ideología, sino que permanece en una suerte de «mezcla viscosa». Esta realidad explica las características particulares de ciertas prácticas científico-profesionales, como la psicoanalítica, sometida a las presiones de estructuras que las condicionan (a pesar suyo).

La idea de una opacidad que alcanza a las teorías del «descubrimiento» de lo real inconciente, más el no patrimonio eterno de la transparencia, vuelve a poner en la arena del debate el papel de la reactualización de la teoría a partir de las prácticas que las sustentan. Las teorías cristalizan o tienen su asiento en prácticas que, en tanto expresión de relaciones sociales, determina modalidades de acción que no siempre la teoría alcanza a comprender.

De todas formas, la no existencia de un sujeto meta-histórico, como bien podría ser el Intelectual, haola de un mundo no garantizado, no sometido a la fijeza de construcciones definitivas.

Hemos intentado, en lo específico, correr del lugar de verdad del Psicoanálisis, no porque lo neguemos, sino porque nuestro problema era su propio problema pero como la pregunta por una práctica. La pregunta pasaba a ser el objeto, y de él, ya lo hemos indicado, nos interesa su génesis, su conformación, su sentido.

NOTAS

(1) No hemos desarrollado en toda su riqueza los atributos que definirían la identidad psicoanalítica. Sin embargo, quisiéramos aclarar que, en realidad, pese al empleo general del término nos estamos refiriendo a diferentes expresiones de dicha identidad; en otros términos, «psicoanalista» recoge una variabilidad significativa, que depende de funciones del contexto (esta idea puede ser cotejada con el análisis de J. Nun del fenómeno peronista; cf. NUN, 1984)

(2) El concepto está utilizado en el sentido estrictamente psicoanalítico, más específico-
128

camente a la serie de fenómenos producidos en la constitución de la relación psicoanalista-paciente.

(3) Ambos sistemas normativos entran en colisión, debido a que las aspiraciones de uno son la negación de las del otro. Nosotros no quisiéramos profundizar en esta discusión, aunque quedan pendientes preguntas, como si la compatibilidad negativa referida, alcanza a cualquier forma institucional, o sólo a una especie particular. También, si esta crítica podría extenderse a formas institucionalizadas del psicoanálisis -lo que presupone la percepción de la propia práctica como institucional- que adopten, más allá de su nombre, el modelo médico atacado -p.ej., la crítica del J. Lacan a la Psicología del Yo-.

(4) El hecho de que exista una discontinuidad entre acciones y discursos no lleva necesariamente a afirmar que los primeros tengan un status ontológico (y, por ende, epistemológico) privilegiado; es decir, no puede llevar a la conclusión de que la acción es «lo real» frente a la ilusión, la simulación discursiva. La discontinuidad vuelve a plantear el problema del vínculo entre acción y discurso. ¿Cómo interpretar los casos en que el discurso acompaña la acción? Existen razones para que discurso y acción no siempre coincidan; pero, lejos de tratarlo como una «anomalía», a partir de un punto cero ideal en donde coinciden, ¿no convendría aceptar la discontinuidad como una modalidad posible? ¿En qué se fundamenta la ilusión de una coincidencia original o primordial, sino en la creencia en una Razón caída en desgracia? Allí donde creen reencontrarse con el Saber Absoluto, colocan una Razón a-histórica y a-social, sin averiguar las condiciones que hicieron posible esa Razón y no otra (entre tantas posibles), o lo que es lo mismo, la lógica de la discontinuidad práctico-discursiva.

(5) Vide, punto 6., pp. 122-125.

(6) Se trata de un Servicio prestigioso para todos. Los más antiguos, ya lo consideraban especial, debido a que fue uno de los primeros en aplicar la estructura de «servicio de salud mental en hospital general»; esto generó un sinnúmero de actividades, así como registró el paso de prestigiosos profesionales. Para los profesionales recientes, el prestigio pasa por la formación psicoanalítica, o la estructura de Equipos de Atención, etc.

(7) El diccionario es transparente al respecto: visitar equivale a ir a ver por cortesía, deber, curiosidad o caridad; (no por interés material); es recorrer examinando, porque de eso se trata, de examinar enfermos; es ir a un templo o un santuario (porque el hospital, ya lo vimos, es un ámbito sacro donde hay sacerdotes) por devoción o para ganar indulgencias (de aquellos que son «superiores» y pueden condenar la ignorancia

o el atrevimiento); es ir el médico a la casa del enfermo (pues el hospital es la casa real del enfermo, dice Foucault), es acudir con frecuencia a algún lugar (pues la asistencia al hospital tendrá una frecuencia, será pautada, habrá subordinación a la norma).

(8) Fija el lugar del analista. Es importante aclarar que el nivel en que se ubica el dinero dentro de la estructura analítica no es el mismo que posee en tanto valor de cambio, por ejemplo.

(9) Se refiere a la diferencia entre «tratamiento» y «análisis».

(10) Tengase en cuenta que el pago sustituto está considerando la relación con la institución, pues es con ella con quien acuerdan los términos del contrato. Si se acepta esta normativa, se convalida el lugar de la institución.

(11) Entrar a un servicio reconocido «psicoanalítico» no es lo mismo que entrar a uno, por ejemplo, «sistémico», aunque los términos del contrato sean los mismos.

(12) Empleo, paradójicamente, una conocida fórmula lacaniana. Espero que se nos disculpe la ocurrencia.

(13) Operadores de la superestructura, en sentido gramsciano.

(14) Se puede cuestionar la razón por la cual califico como práctica científica al psicoanálisis, siendo que ninguno de los entrevistados se definió como tal. Es más, muchos de los psicoanalistas argentinos niegan que el psicoanálisis sea una ciencia. Sin embargo, tomo en cuenta las prácticas originales a partir de las cuales se conformó, así como las instituciones en las cuales la practican se ha desarrollado históricamente (Asociaciones Médicas, Facultades o Escuelas de Medicina, Hospitales públicos o privados, Mutuales, etc.). La práctica científica cualifica al psicoanálisis a pesar de que lo nieguen (otro problema es el sentido de la negación).

BIBLIOGRAFÍA

ALTHUSSER, Louis. **Ideología y aparatos ideológicos de Estado**. Buenos Aires, 1984 Nueva visión.

BALAN, Jorge. **Profesión e identidad en una sociedad dividida: la medicina y el 1988 origen del psicoanálisis en la Argentina**. Buenos Aires, Documento CEDES/7.

COULON, Alain. **La Etnometodología**. Madrid, Cátedra.
1988

DIAZ, Raúl; GUBER, Rosana; SORTER, Martín & Sergio VISACOVSKY. «La 1986 producción de sentido: un aspecto de la construcción de las relaciones sociales». En *Nueva Antropología*, Mexico, v.IX, Nº 31, pp.103-126.

EZPELETA, Justa & Elisie ROCKWELL. «Escuela y clases subalternas». En: 1983 **Cuadernos políticos**, Nº 37, Ediciones Era, pp.71-80.

FERNANDEZ, Elida E. «Los psicoanalistas en el hospital o desde el planeta tierra». 1988 En: *Psyche*, año III, Nº 21, Buenos Aires, pp.15-18.

FOUCAULT, Michel. **El orden del discurso**. Barcelona, Tusquets Editor.
1973

FOUCAULT, Michel. **El nacimiento de la clínica. Una arqueología de la mirada 1986 médica**. México, Siglo Veintiuno editores.

FREUD, Sigmund. «Sobre la enseñanza del psicoanálisis en la Universidad». En: 1933 (1919), **Obras completas**, Madrid, Ed. Biblioteca Nueva, pp. 244-245.

GARCÍA REINOSO, Gilou R. de. «Grupos de admisión. Experiencia clínica y 1988 analizadora institucional». En: *Psyche*, año III, Nº 21, pp. 5-10, Buenos Aires.

GIDDENS, Antony. **Las nuevas Reglas del Método Sociológico**. Buenos Aires, 1987 **Amorrortu**.

GRANDINETTI, José. «Del ejercicio del psicoanálisis». En: *Psyche*, Buenos Aires, 1988 año III, Nº 20, pp. 10-12.

HORKREIMER, Max & Theodor ADORNO. **Dialéctica del iluminismo**. Buenos 1987 (1944) Aires, Sudamericana.

LECOURT, Dominique. «La historia epistemológica de Georges Canguilhem». En: 1983 CANGUILHEM, Georges. **Lo normal y lo patológico**. México, Siglo Veintiuno, pp. vii-xxx.

MAZUCA, Roberto. «La posición del analista y el discurso de la intuición». En: 1981 **Revista Argentina de Psicología**, año XII, Nº 30, pp. 9-24.

MENENDEZ, Eduardo. «El modelo médico y la salud de los de los trabajadores». 1978 Prólogo en: 1978 Basaglia et.al., **La salud de los trabajadores**. México, Nueva Imágen.

NUN, José. «Averiguación sobre algunos significados del peronismo». En: OSZLACK 1984 et.al., «Proceso», crisis y transición democrática/2. Buenos Aires CEAL.

NUN, José «Elementos para una teoría de la democracia: Gramsci y el sentido común». En: **Punto de vista**, año IX, Nº 27, pp. 26-40.

SAFORCADA, Enrique. «Los espejismos perversos». En: **Gaceta Psicológica**, Nº 75. 1987 pp. 41-43.

VEZZETTI, Hugo. **La locura en la Argentina**. Buenos Aires, Paidós. 1985

VISACOVSKY, Sergio E. «Práctica psicoanalítica, trabajo ad honorem y proceso de 1989 medicalización». (ed. mimeo.)

ZIMMERMAN, Daniel. «La práctica analítica en el contexto hospitalario». En 1988 **Psyche**, 1988 año III, Nº 21, pp. 11-13.