

## Escenas de la vida hospitalaria: una aproximación microsociológica a las interacciones en una institución pública

Cenas da vida em um hospital: uma aproximação microssociológica das interações em uma instituição pública

Scenes of life in a hospital: a micro-sociological approach to interactions in a public institution

*Karina Brovelli*

Recebido: 23.04.2017

Aceito: 29.05.2017

**Resumo:** Neste artigo procura-se explorar, desde uma perspectiva microssociológica, as interações que ocorrem dentro de uma instituição pública. Para isso, apela-se para as contribuições teóricas de Erving Goffman que, desde a dramaturgia social, aborda as relações sociais quando as pessoas estão face a face. Foi realizada, em um hospital público de Buenos Aires, uma série de observações sobre as interações que ocorrem em espaços de circulação ou de espera da instituição (áreas de caráter mais público), assim como em alguns escritórios (áreas de caráter mais privado). O trabalho permitiu vislumbrar como na cotidianidade os diferentes atores desenvolvem estratégias diversas para a apresentação da sua pessoa e para alcançar objetivos institucionais concretos. Em definitivo, as instituições públicas, tais como o hospital, proporcionam um espaço no qual interagem uma grande quantidade de pessoas, desde posições e com capitais diferentes. **Palavras-chave:** interação, estigma, deficiência, instituições de saúde

**Resumen:** En el presente trabajo se busca explorar, desde una perspectiva microsociológica, las interacciones que se desarrollan al interior de una institución pública. Para ello se apela principalmente a los aportes teóricos de Erving Goffman, quien desde la dramaturgia social, aborda las relaciones sociales cuando las personas se encuentran cara a cara. Se realizó una serie de observaciones en un hospital público de Buenos Aires sobre las interacciones que tienen lugar en espacios de circulación o de espera de la institución (áreas de carácter más público), como así también en algunas oficinas (áreas de carácter más privado). El trabajo permitió vislumbrar cómo en la cotidianidad de este espacio los diferentes actores desarrollan estrategias diversas para la presentación de sí y para el logro de objetivos institucionales concretos. En definitiva, las instituciones públicas como el hospital ofrecen un espacio en el que interactúan una gran cantidad de personas, desde posiciones y con capitales diferentes. **Palabras clave:** interacción, estigma, discapacidad, instituciones de salud

**Abstract:** The goal of the current work is exploring, from a micro-sociological perspective, the interactions that develop within a public institution. In order to achieve this, we appeal mainly to the theoretical contributions of Erving Goffman, who from social dramaturgy approaches social relations when people meet face to face. The observation method was used as a methodological strategy in a public hospital in the City of Buenos Aires, about interactions that take place in circulation or waiting spaces of the institution (areas of a more public nature), as well as in some offices (areas of a more private nature). The work that was done allowed us to understand how in the daily life of this space the different actors develop different strategies for the presentation of themselves and for the achievement of specific institutional objectives. In short, public institutions such as the hospital offer a space in which a large number of people interact, from positions and with different capitals. **Keywords:** interaction, stigma, disability, health institutions

## Presentación

En el presente trabajo se buscará explorar, desde una perspectiva microsociológica, las interacciones que se desarrollan al interior de una institución pública. Para ello se apelará principalmente a los aportes de Erving Goffman, quien desde la dramaturgia social, aborda las relaciones sociales cuando las personas están en co-presencia.

El autor define a la interacción como “la influencia recíproca de un individuo sobre las acciones del otro cuando se encuentran ambos en presencia física inmediata” (Goffman, 1974, p.11). Recorta así un espacio de observación y “hace zoom” en “lo infinitamente pequeño”, en términos de Bourdieu (1982, p.1). Esto es, en “la infinidad de interacciones infinitesimales cuya integración hace la vida social” (ídem).

Observa en estas interacciones que el actor busca “definir en favor suyo toda situación social que lo tenga involucrado” (Meccia, 2005, p.164), reivindicando para sí - mediante diversas estrategias- una determinada impresión en la cual aparece de conformidad con las pautas morales hegemónicas (ídem).

Si bien esta mirada se sitúa “desde abajo” y se enfoca en lo pequeño de nuestras existencias compartidas en el espacio de la vida cotidiana, resulta un prisma interesante para ver cómo allí se condensan y re-crean todos los días los sentidos y las estructuras sociales. Como analiza Meccia (ídem, p.162), esta perspectiva nos presenta “un mundo plétórico de implícitos que, paradójicamente, crean una atmósfera de extrañeza para llevarnos a pensar en el formidable artificio social que es un día cualquiera”. Así, la vida cotidiana aparece como una especie de “laboratorio” en el que puede observarse tanto la reproducción de lo instituido como el surgimiento de discursos y prácticas transformadoras (Meccia, S/F, p.7).

Partiendo de esta perspectiva, el presente trabajo se basa en una serie de observaciones realizadas en un hospital público de la Ciudad de Buenos Aires. Se han observado allí las interacciones que tienen lugar en espacios de circulación o de espera de la institución (áreas de carácter más público), como así también en algunas oficinas (áreas de carácter más privado). Con base en estos insumos empíricos, se propone una reflexión sobre las interacciones entre los variados actores que fue posible encontrar en este espacio institucional.

### El espacio hospitalario: turnos, filas, regiones y actores

#### *El estigma como capital*

Como plantea Goffman (1989, p.12), en las interacciones sociales que se dan en diversos espacios (públicos, institucionales, privados, etc.) se pone en juego la relación entre la identidad social virtual (dada por las expectativas sociales sobre el sujeto) y la identidad social real (dada por los atributos que el sujeto posee de hecho). Si bien esta relación no está exenta de complejidades para todas las personas, en algunos casos la misma alcanza mayor nivel de dramatismo: tal es el caso de aquellas personas que “portan” un atributo que las desacredita, las desvaloriza en relación con los demás, esto es, un estigma.

La discapacidad es un atributo que desacredita (potencialmente o de hecho) en nuestra sociedad, pero que paradójicamente puede ser utilizado como recurso: si bien en la mayoría de los espacios de interacción social la persona que porta un estigma intenta, si es posible, ocultarlo, disminuirlo, disfrazarlo, entre otras estrategias, es decir, manejar la impresión frente a los demás, en el espacio hospitalario estos atributos pueden cobrar otros sentidos, al punto de incluso convertirse en capitales.

En los pasillos y salas de espera del hospital público se observa que los pacientes navegan en un mar de estigmatizados. Ahí, donde se convive con personas con discapa-

ciudades visibles, enfermedades crónicas, colostomías, sondas, fistulas, sillas de ruedas, etc., la carga del estigma en ocasiones “se invierte”, y aquellos más estigmatizados (esto es, aquellos que acumulan más daños en su cuerpo) se presentan como más dignos de atención en sus demandas -ya que su cuadro sería “más grave” que el de los demás-, sobre todo en situaciones de desorden en los turnos, en la disputa por recursos institucionales escasos, o por prioridad en la fila de los ascensores, etc., como se verá a continuación.

### *Los turnos y las filas*

El sistema de turnos, según propone Goffman (1979, p.54), además de una norma de ordenación es también un mecanismo de reivindicación. Así, es dable observar que las personas intervienen para mantener su turno y evitar transgresiones cuando se producen situaciones confusas respecto del orden originalmente establecido, sobre todo si hablamos de recursos escasos como los turnos médicos. Más allá de la firmeza con que se reivindica el turno propio, es cierto que la “legalidad” convive con una serie de “transgresiones”: desde pagar a alguien para que haga la fila por uno hasta aparecerse en la sala de espera “sin turno” (cabe señalar que esta modalidad es promovida muchas veces por los propios profesionales que invitan a los pacientes a regresar “sin turno” a la consulta, absolutamente displicentes de los conflictos que ello genera en la interacción con los demás pacientes).

El sistema de turnos puede ser también no organizado y funcionar a partir de un consenso tácito (ídem), como el ordenamiento en una fila por orden de llegada para ingresar a los ascensores. Tampoco este mecanismo se encuentra exento de contradicciones y lógicas disímiles que se arguyen para reivindicar el turno propio: por ejemplo, se ha dado la situación de que al abrirse la puerta del único ascensor que funcionaba en ese momento en ese sector del hospital, el grupo de personas que se encontraba esperándolo se había desagregado en varias filas paralelas, y disputaban quién tenía preeminencia para subir: uno planteó que tenía cáncer, otra que estaba embarazada, otro que recién había sido operado, y así por delante todos los demás. Cada uno de ellos poseía un atributo que, en muchos otros espacios sería motivo de desacreditación, pero que aquí podía ser utilizado como recurso para pasar adelante de otros.

Otro ejemplo en el que también se pone en juego cómo se establece el “orden de prioridades” tuvo lugar cuando la mayoría de las personas que ya habían ingresado al ascensor en la planta baja del hospital “cedieron su lugar” a una mujer en silla de ruedas que acababa de llegar (una vez más, mediante un consenso tácito), con excepción de un señor que permaneció allí. El ascensor descendió al subsuelo donde bajó la mujer en silla de ruedas y retornó a la planta baja donde volvieron a subir los que antes habían cedido su lugar. La conducta que este señor mantuvo frente a los demás durante todo el viaje fue bajar la mirada y mirar fijamente el papel que traía en sus manos, es decir, apelar a la glosa corporal (ídem, p.139) para dar a entender “con el cuerpo” que quizás no había reparado en nada de lo que había sucedido y/o para evitar un mayor contacto con los otros a riesgo de ser juzgado por éstos. Aquí puede observarse cómo el sujeto externaliza cierta información (verbal o corporalmente), con miras a evitar que se lo juzgue inadecuadamente, según su concepción de sí.

### *La distinción entre los estigmatizados*

El estigma se inscribe en un lenguaje de relaciones (Goffman, 1989, p.13), por lo que atribuir un estigma a una persona permite confirmar la propia “normalidad”. En el caso de los usuarios del hospital público, se observa que las personas que se encuentran realizando la misma fila para intentar acceder a los mismos recursos/servicios, al presentarse ante el trabajador social del hospital, por ejemplo, atribuyen a sus compañeros

de situación (los demás que aún permanecen en la fila esperando su turno para ser atendidos) diversos estigmas: los pacientes argentinos cuestionan la presencia del “extranjero”; los de la Provincia de Buenos Aires a los extranjeros y también a los oriundos de otras provincias del país; y los de la Ciudad de Buenos Aires a todos los anteriores. Mediante esta operación los sujetos reafirman momentáneamente su “normalidad” y ven devuelta su legitimidad como destinatarios de esos recursos/servicios, a la vez que “descargan” el estigma sobre los otros.

Ello se observa aún en el caso de que la persona en cuestión sea extranjera (en este esquema, el último eslabón de las estigmatizaciones), en tanto puede atribuir a los otros extranjeros la etiqueta de “recién llegados”, y en comparación ostentar antigüedad de residencia en el país. En esta cadena de distinciones puede verse, tal como ha planteado Bourdieu (2007, p.222), cómo la mínima distancia objetiva tiende a coincidir con la máxima distancia subjetiva: aquellas personas más cercanas en la estructura social son las que más amenazan la identidad del sujeto que, entre otras cosas, está definida a partir de la diferencia con éstas.

En fin, una serie de jerarquías entre los pacientes que nos recuerda que los individuos “estigmatizados” comparten las ideas sobre la “normalidad” y las clasificaciones sociales que son hegemónicas en nuestra sociedad. Como nos recuerda Goffman, “el individuo estigmatizado [...] puede [...] adoptar con aquellos cuyo estigma es más visible que el suyo las mismas actitudes que los normales asumen con él” (1989, p.127). Y de esta manera, el intento de “despegarse” de la desacreditación reproduce la segregación, nutrida por la idea de estratificación social que nos brinda la ideología dominante.

#### *Las fachadas profesionales*

Por los pasillos de los hospitales, además de los pacientes, también circulan los profesionales que allí desempeñan su acción, aunque con “apariencias” y “modales” diferentes. En principio, la “fachada” del médico está compuesta por el escenario o medio hospitalario, que compone una “escena científica” (consultorio, escritorio, aparatos, instrumentos, etc.) pero además por el uso del guardapolvo (en ocasiones con el nombre, título e institución bordados a la altura del pecho cual distintivo o insignia que informa a cualquier persona que lo vea su status social). El uso del guardapolvo (obligatorio para todos los profesionales que trabajan en el hospital) en principio divide asimétricamente a la población hospitalaria en dos: los que detentan el saber y la capacidad de dar respuesta al padecimiento de los sujetos y aquellos que poseen el padecimiento pero no el saber, y que se ponen “reverencialmente” en manos de los primeros. Toda esa escenografía y utilería refuerza la idea de conocimiento y seguridad, de poder, tal como se ve corporizada en los médicos que caminan por los pasillos y salas de espera con guardapolvos displicentemente abiertos, circulando con tranquilidad y paso confiado, sin apurarse, saludando aquí y allá, etc., mostrándose “en control” de la situación, definida ésta institucionalmente entre “la ciencia” de un lado del escritorio y el paciente del otro (que también pacientemente espera horas para ser visto por ese médico).

Esta capacidad expresiva, “dramática”, del propio rol, que hace visible al actor y a su trabajo, no se encuentra igualmente distribuida entre todas las profesiones que es posible encontrar en el hospital. Algunas, como por ejemplo los trabajadores sociales o los enfermeros, profesiones con mucho menor reconocimiento -es decir, menor capital simbólico, en términos de Bourdieu (1989, p.37)- que los médicos en instituciones hospitalarias, encuentran que su trabajo muchas veces aparece como invisible, y están tan ocupados en su tarea que no tienen tiempo para dar a conocer qué es lo que hacen. En estos casos generalmente el dilema “expresión versus acción” (Goffman, 1974, p.20) se

resuelve a favor de la acción, existiendo menos recursos (de toda índole) para mostrar a los demás el propio rol.

### *La posteriorización de las regiones*

Goffman (ídem, p.73) plantea que la conducta se despliega en dos regiones: una anterior (frente al público) y una posterior (detrás de bambalinas, reservada para sí o para unas pocas personas). Es posible pensar que la separación de la parte anterior y posterior contribuye a la "mistificación" y a la creencia en la impresión que se quiere dar (por ejemplo, si los pacientes escucharan las conversaciones de las salas de médicos y los vieran en una actitud más "relajada" seguramente tendrían una idea mucho peor de las cualidades humanas de estos profesionales, y quizás más desconfianza hacia ellos...).

Pero aunque muchas veces esta división se da por el medio físico, también los sujetos pueden transformar la región en posterior al evocar el estilo de un trasfondo escénico: "es así como vemos que en muchas instituciones sociales los actuantes se apropian de un sector de la región anterior y, comportándose allí de manera familiar, la separan simbólicamente del resto de la región" (ídem, p.70). Ello se hace patente en el hecho de que algunos trabajadores de instituciones públicas "privatizan" ciertos espacios de la misma (rincones de un pasillo u oficina, escritorios, pequeñas habitaciones o consultorios, etc.) y los convierten en espacios propios, personales, donde se acomodan a gusto, colocan sus objetos, e incluso hasta crean una función para sí asociada a esa ocupación del espacio. Algunos ejemplos de ello pueden verse en la actuación de un enfermero que cuando se encontraba de guardia ocupaba un pequeñísimo depósito de materiales, donde colocaba una silla y allí se encerraba y se acomodaba, leía, etc., como si ese lugar fuera su oficina; en caso de requerirse su función, habría que golpearle la puertita de plástico corrediza y solicitar su presencia junto a los demás profesionales. Otros ejemplos pueden encontrarse en la conducta de una enfermera que también se ubicó, con silla propia y taza de café en mano, tras la puerta de entrada trasera a los consultorios (por donde ingresan los profesionales, no los pacientes) y a partir de entonces inventó para sí la función de abrir la puerta frente al sonido del timbre, con horarios también autoimpuestos. Un último ejemplo puede verse en el proceder de una empleada de limpieza que algunos días ubica una sillita y una radio portátil a todo volumen en uno de los ascensores y oficia de ascensorista.

### *Actores inesperados: las personas en situación de calle*

En el espacio hospitalario, en sus pasillos, escaleras, entradas, baños y salas de espera, también circulan otras personas que no son pacientes ni son trabajadores de la institución: son personas en situación de calle que se refugian y (al igual que los trabajadores mencionados en el párrafo anterior) utilizan de diversas formas la estructura del hospital. En términos de De Certeau (2010, p.XLIV), son personas que mediante sus "maneras de hacer" se apropian del espacio organizado institucionalmente de forma absolutamente creativa. El autor plantea que estas maneras de hacer son operaciones minúsculas, cotidianas, subrepticias, dispersas, que se dan al interior de las estructuras tecnocráticas modernas (como en este caso, el hospital) y que modifican su funcionamiento mediante "tácticas articuladas con base en los detalles de lo cotidiano" (ídem, p.XLV). Las personas en situación de calle hacen así un uso creativo del hospital, habitando la institución de manera totalmente diferente a los demás actores que por allí circulan y respecto de los objetivos para los que fue pensada: se higienizan, se afeitan, lavan su ropa y limpian algunas pertenencias en los baños, descansan y duermen en las salas de espera, realizan algunos trabajos remunerados (como ubicarse desde muy temprano en la fila para obtener turnos y luego venderlos, cuidar los coches que se estacionan en la puerta del hospital) y "domésticos" (barrer el espacio en el que se acomodo-

darán, ordenar sus pertenencias). Para desarrollar estas acciones poseen un conocimiento del cotidiano de la institución, de sus actores, tiempos y lugares: en ocasiones para evitar ser expulsados se sientan en la sala de espera, o en los pasillos donde se hacen las filas, como si fueran un paciente más que espera su turno; saben dónde y en qué horario concurre el personal de las instituciones de caridad a la puerta del hospital a traer ropas y comidas; saben a quiénes deben evitar para no tener problemas y en qué momento lo mejor es salir o refugiarse en algún rincón menos transitado, o golpear la puerta del servicio social, entre otras tácticas. De esta forma circulan por allí diariamente, apropiándose del espacio y los recursos que ofrece el hospital y dándole un uso, un consumo, totalmente inesperado, jugando con las reglas e instituciones y sacando provecho de sus grietas.

### **La presentación de la persona en la entrevista con el trabajador social**

#### *Ocultamientos estratégicos*

En las entrevistas con los trabajadores sociales de los hospitales, primer paso para acceder a beneficios de asistencia por parte de los pacientes de la institución, se revelan una serie de mecanismos empleados para manejar la impresión en la interacción con los profesionales. El manejo de la información que se brinda en la entrevista y que puede desacreditar al sujeto, en particular el encubrimiento y la tergiversación (Goffman, 1974, p.33; 1989, p.91), son estrategias ampliamente utilizadas. Así, si bien es dable esperar que las personas echen mano de cuanto recurso o estrategia esté a su alcance para su supervivencia cotidiana, es decir, que son muy pocos los casos en los que una persona vive con cero recursos o ingresos, suele escucharse en estas entrevistas con gran frecuencia ante la pregunta sobre el aspecto laboral o económico, la respuesta “nada”. Nada de ingresos, nada de trabajo. También al ser indagados sobre su historia y sobre cómo llegaron a la situación en que se hallan actualmente, las trayectorias referidas son sinuosas, opacas, con espacios blancos, etc., como así también otros aspectos de la vida: “pero entonces, su mujer vive con usted? En realidad no vive, se queda a veces, va y viene”. “Y su mujer en qué trabaja? No trabaja, a veces cuida a una persona, cuando la llaman, pero no siempre. Ahora hace tiempo que no la llaman”. Resulta a veces imposible determinar con claridad con quiénes vive el sujeto, con qué recursos de hecho cuenta, entre otras cuestiones, en un diálogo que parece una partida de póker en la que no se quieren mostrar las cartas. Aparecen con claridad aquí las técnicas comunicacionales descritas por Goffman (1974, p.35) como alusiones indirectas, ambigüedad estratégica y omisiones fundamentales, que permiten mantener la opacidad sin mentir directamente. En términos de Martucelli,

cuando en la definición identitaria el actor moviliza elementos propiamente biográficos ... aquí estamos en presencia de un terreno de invención prácticamente ilimitado y que, sobre todo, nadie puede a ciencia cierta controlar (2007, p.52).

De este modo, el sujeto, para emplear una expresión popular, “se peina para la foto”, es decir, se comporta y expresa un discurso acorde a los criterios de inclusión en las políticas de asistencia y a los sentidos que, entiende, comparte el profesional (parte del sentido común dominante). Las personas que en otros ámbitos y frente a otros auditorios ocultan su situación de pobreza y su discapacidad, deben, frente al trabajador social del hospital, ostentarlas. Ello, cabe señalar, habilitado por la estructura de oportunidad que brindan las políticas de asistencia, que siempre con recursos escasos y exámenes de pobreza, promueven la competencia entre los más desfavorecidos dentro de los desfavorecidos. Como nos recuerda Goffman, “dondequiera hay un test de medios es

probable que haya una exhibición de pobreza” (1974, p.24). Estas actuaciones son rutinas idealizadas, es decir, materializan los estereotipos que circulan respecto de estas ayudas y de las personas que las solicitan (ídem).

También muchas veces el sujeto incurre en contradicciones o no muestra gran astucia para este encubrimiento, y por decirlo de algún modo, “se le ven las costuras”, es decir, se revela un discurso que no condice con otras expresiones de su persona o relato. Aquí muchas veces los trabajadores sociales “hacen la vista gorda”, mostrando empatía con la situación del sujeto y con sus dificultades para manejar la información que brinda/oculta, y confeccionan un informe también “opaco” o tergiversado, con generalidades y sin entrar en detalles de la vida de la persona: esto es, sin “decir nada que no sea verdad, pero [sin] decir todas las cosas pertinentes que son al mismo tiempo ciertas” (Goffman, 1974, p.35).

Todo ello a fin de que el sujeto pueda seguir el camino de las políticas de asistencia, recurso que más allá de sus torpezas interaccionales (o justamente por ello), necesita, según entienden los profesionales. En este sentido, los trabajadores sociales, piadosamente, mantienen la interacción y aparentan considerar verdadera la impresión que les ha ofrecido el usuario. Ello muestra cómo, en los hospitales públicos, un actor que suele oficiarse de “sabio” (Goffman, 1989, p.43), esto es, que actúa con empatía y reconoce el status de individuo igual a todos los demás de los estigmatizados, son los trabajadores sociales.

Lo anterior nos permite ver además cómo las personas “manipulan” el sentido de la acción y “juegan” con sus atributos y con la información: la persona que en la entrevista con el trabajador social del hospital se comportó de forma sumisa y suplicante, exaltando sus limitaciones para movilizarse e incluso vertiendo algunas lágrimas, puede ser vista al salir de la entrevista, actuar con prepotencia frente a las personas que, haciendo la fila en el pasillo, se interponen en su paso, como queriendo decir “salgan de mi camino”, incluso apelando a codazos o pequeños empujones. Es decir, como nos recuerda Goffman (ídem, p.80), el sujeto puede sustentar una multiplicidad de roles diferentes, apoyándose, entre otras cuestiones, en la segregación de los auditorios.

### *El deber de trabajar*

Los sujetos que se presentan a la oficina del servicio social suelen relatar una trayectoria común: los imponderables, la desgracia personal, implicaron una caída del sujeto desde una vida que llevaba en base en su trabajo a una situación de total desamparo; al mismo tiempo el sujeto se esfuerza en dejar claro que “quiere trabajar”, esto es, no “quiere” el recurso de asistencia, sino que “no le queda otra” que solicitarlo dadas las circunstancias en que se encuentra, relacionadas con su salud, y que le “impiden” poder trabajar. El deseo de trabajar funciona también como un criterio de distinción entre los solicitantes de asistencia, ya que se reivindica como propio y se señala como ausente en los demás.

En relación con este tema, Martucelli (2007, p.34) plantea la ilusión –presente en nuestras sociedades- de la autonomía individual frente a la realidad de múltiples soportes que sostienen a los sujetos<sup>1</sup>. Lo interesante del planteo del autor es que sostiene que no todos los soportes gozan de la misma legitimidad: aquellos que reciben “ayudas” del Estado son vistos como personas dependientes, incapaces, o incluso parasitarias del resto de la sociedad, aunque en efecto, son personas que deben gestionar la totalidad de su vida con muchos menos recursos que las personas de sectores sociales más favorecidos. Así, “son los sujetos que más se aproximan al modelo de un individuo que se sostiene desde el interior, y curiosamente son los más estigmatizados en sentido contrario”

<sup>1</sup> Esta idea también ha sido trabajada por autores como Fraser (1997), Merklen et al. (2013), entre otros.

(ídem, p.40). El estigma que pesa sobre las personas destinatarias de políticas de asistencia, hace que siempre deban justificar que trabajan, o que quieren trabajar, o que algo terrible que les pasó recientemente les impidió seguir trabajando, como así también que acompañen este discurso con la exhibición de cicatrices, bolsas de colostomía y partes del cuerpo hinchadas para demostrar que eso es lo que se interpone entre ellos y el trabajo, pero no su inclinación a trabajar (su “cultura del trabajo”, para recuperar una frase que suele circular socialmente) que se mantiene intacta.

*La vergüenza de haber sido y el dolor de ya no ser*

Es dable observar en aquellas personas que concurren “por primera vez” a golpear las puertas de la asistencia, a regañadientes ya que han sufrido una caída en su status económico y social, otro tipo de presentación: con dificultades para aceptar su nueva situación, se esfuerzan en distinguirse de “los pobres” e intentan mantener las apariencias y la gestualidad de un individuo de clase media. La persona se esfuerza así en explicar con palabras, inflexiones de voz, tics, postura corporal, etc., que nunca había concurrido a una oficina del servicio social, y que de hecho no pertenece a ese mundo que sólo le produce desgaste, cansancio y quejas ... mientras lo roído y descolorido de las telas de lo que alguna vez fueron buenas ropas desmienten la imagen que trata de transmitir... Se observa sin mucha dificultad en la interacción la incongruencia entre lo dicho y lo emanado por la persona, que una vez más, es dejado pasar por los profesionales que “hacen como si” en la entrevista.

Uno de los posibles objetivos de esta forma de presentación por parte de estas personas es “controlar el trato con que le corresponden” (Goffman, 1974, p.4), tratando de influir en la definición de la situación que los otros realizan al reivindicar ser una persona de determinado tipo (ídem). El individuo busca entonces ser considerado por la persona que atiende en el servicio público como una persona diferente al montón que concurren allí diariamente, y como alguien más cercano a ellos mismos, de forma de, entre otras cosas, obtener recursos de forma preferente. Pero antes que ello, el sujeto busca sostener los roles, las máscaras, que siente que lo identifican como persona, o como expresa Goffman, “el concepto que nos hemos formado de nosotros mismos” (ídem, p.13). Y qué duro es cuando dejamos de ser aquello que éramos, cuando experimentamos lo que el personaje del tango “Cuesta Abajo” de Carlos Gardel y Alfredo Le Pera, “la vergüenza de haber sido y el dolor de ya no ser” ... de clase media en este caso; así como Jazmine, el personaje de la película “Blue Jasmine” de Woody Allen, caída también en desgracia económica desde una posición de privilegio, los sujetos se aferran a sus roles previos con uñas y dientes, aparentando no estar vinculados a su nueva situación, ni ser interpelados por ésta.

En relación con esto, Bourdieu plantea que los individuos de clase media de por sí ya viven en un universo aspiracional, “por encima de sus propios medios”, por lo que habitualmente son

hipersensibles, a los más pequeños signos de la recepción otorgada a la representación que proporcionan, están continuamente expuestos a determinadas llamadas al orden, rechazos o repulsas violentas destinados a rebajar sus pretensiones y a "ponerlos en su lugar", y por consiguiente siempre en guardia y listos para transformar la docilidad en agresividad (2006, p.348).

Ello se acrecienta aún más en las situaciones referidas, en las que los sujetos materialmente ya han caído muy por debajo de sus aspiraciones, pero insisten en ser de clase media subjetivamente, culturalmente y en la presentación de su persona, insisten en la pretensión de vivir por encima de sus medios aún en la pobreza total, incluso llegando a rechazar ofendidos los recursos de asistencia que se le ofrecen.



## El sujeto frente al Estado

### *La carrera moral del usuario de las instituciones públicas*

El hecho de ser usuario de un hospital público no difiere demasiado, en términos generales, de ser usuario de muchas otras instituciones y ventanillas del Estado. En este sentido, se verifica lo que nos plantea Goffman (1974, p.16) respecto del carácter abstracto y general de las fachadas sociales: las situaciones tienden a ser estereotipadas por los sujetos, que de este modo, pueden movilizar experiencias pasadas para orientarse respecto de cómo actuar en las situaciones presentes. Por ejemplo, las personas usuarias de instituciones públicas (hospitales, oficinas de la seguridad social, de pensiones, del área de desarrollo social, etc.), van aprendiendo ciertas rutinas: cómo hacer fila y esperar, cómo comportarse en esos espacios, cómo mantenerse con paciencia por largas horas y entretenerse (leyendo un libro, una revista, tejiendo, jugando con el teléfono celular, conversando con las otras personas de la fila, etc.), cómo preguntar para no equivocarse de fila o de procedimiento (dónde ir primero y dónde después, ya que en ocasiones es necesario hacer más de una fila o realizar gestiones previas a colocarse en la fila), cómo dirigirse a los funcionarios (siempre con extrema amabilidad e incluso tal vez con elogios), etc. Como analizó Javier Auyero en su libro "Pacientes del Estado" (2013) tantas esperas funcionan como un disciplinamiento social. Al mismo tiempo, en términos de Goffman (1989, p.45) podríamos pensar que esta similaridad de situaciones nos habla de una "carrera moral" del usuario de los recursos y servicios públicos, en la que hay trayectorias y aprendizajes similares relativos a esta ubicación social compartida.

### *La privacidad de los usuarios de las instituciones públicas*

Sostiene Goffman (1979, p.47) que una esfera ideal envuelve a todas las personas, una especie de espacio personal que no puede ser invadido sin que éstas lo sientan como una intrusión. En la organización social de la espera conjunta (ídem, p.49), tal es el caso de las personas que diariamente hacen la fila para obtener un turno en el hospital público, difícil resulta preservar este espacio dada la cantidad de personas que se amontonan por largas horas. Lo cierto es que las personas se ubican muy cerca unas de otras, y apenas la fila avanza un lugar, una posición, suele verse que las personas ansiosamente quieren avanzar más centímetros hacia la meta, aproximándose cada vez más de la persona que tienen adelante. Esto en ocasiones es relativamente neutralizado y el espacio -la reserva personal- reivindicado ubicando una bolsa, cartera, carpeta, en definitiva el objeto que se tenga a mano, entre el sujeto y el que le sigue inmediatamente atrás. Otras estrategias empleadas, sobre todo en interacciones verbales en las que el interlocutor (en este caso, alguien con quien circunstancialmente se comparte la fila) se aproxima demasiado (y comete una infracción al "invadir" el espacio personal del otro), son las señales corporales (ídem, p.60): ir inclinando el cuerpo lentamente hacia atrás, retroceder un paso pero dejar el pie como límite inferior, y en casos extremos el codo como límite superior una vez establecida distancia<sup>2</sup>, para restaurar una distancia "aceptable" con el interlocutor.

Goffman (ídem, p.58) también sostiene que a medida que se desciende en la posición social la esfera que rodea al individuo (los territorios del yo) es menor en relación con los otros actuantes. El autor propone un ejemplo del contexto hospitalario: la privacidad no es la misma en establecimientos privados (que cuentan con habitaciones priva-

<sup>2</sup> Como ilustra Goffman, "los codos como espaciadores" (1979, p.65).

das) que en establecimientos públicos (donde las salas de internación son comunes). En un sentido más amplio, es posible pensar que ello también se da frente al Estado, esto es, en la relación de los sujetos con el Estado. A posiciones sociales más elevadas, es posible sustraerse en mayor medida de la mirada estatal (en los ingresos percibidos, en los impuestos pagados, en la vida íntima, etc.) ya que la vida circula por espacios más privatizados y “exclusivos”. En cambio, a medida que descendemos en la estructura social, los sujetos se van volviendo más “visibles” para el Estado, sus vidas se van transparentando, ya que circulan por instituciones y por espacios que caen dentro del “radar estatal” (la convivencia barrial con la policía, la concurrencia a escuelas y hospitales públicos, etc.), y así actuaciones que en otros sectores sociales pueden no ser vistas ni conocidas (por ejemplo, de violencia doméstica, de abortos producidos, etc.) en los sectores más desfavorecidos resultan casi imposibles de ser ocultadas.

### **Vivir con discapacidad**

#### *Quiebre biográfico*

Los relatos de las personas que adquieren una discapacidad suelen incluir la idea de “quiebre” de la vida y de la identidad, del “yo” tal como se percibían hasta ese momento. Goffman recupera un testimonio ilustrativo (1989, p.18): “como en los cuentos de hadas, me habían puesto el disfraz sin mi aprobación ni mi conocimiento, y era yo mismo quien resultaba confundido respecto de mi propia identidad”. Así como Gregorio Samsa, el personaje de “La Metamorfosis” de Franz Kafka, que despierta un día convertido en un insecto, sin poder hacer nada al respecto y sin reconocerse en esa imagen que le devuelve el espejo, los eventos de salud que transforman el cuerpo del sujeto y le imponen un estigma asociado a la discapacidad generan la vivencia de despertarse un día convertido en otra cosa que lo que se era. Ello impone la necesidad de un trabajo subjetivo, analizado en profundidad por la antropología de la salud (Cortés, 1997; Good, 2003; Alves, 2006; entre otros), de reconstrucción del yo, de la propia representación del cuerpo y de la biografía. También implica un aprendizaje asociado a cómo ser paciente, cómo circular por instituciones de salud, como ser “rengo”, etc., esto es, cómo aprender a gestionar la discapacidad en una carrera moral (Goffman, 1989, p.45).

#### *Dificultades para la circulación e interacción sociales*

En muchos casos los relatos de las personas que adquieren una discapacidad hablan de un auto-aislamiento impuesto. Como señala Goffman (ídem, p.23), en ocasiones las previsiones del contacto con las personas “normales” puede llevar a organizar la vida de forma de evitarlos. Así, familiares de personas con discapacidad expresan que éstas rechazan invitaciones a encuentros sociales, manifiestan desgano frente a propuestas de actividades fuera del hogar, y ansiedad ante lugares y personas nuevas<sup>3</sup>, permaneciendo cada vez más encerrados en su ámbito doméstico, donde el esfuerzo de las interacciones es menor, y también su “torpeza”, resultado de la experiencia de un cuerpo alienado (Bourdieu, 1985, p.187).

<sup>3</sup> La ansiedad frente a las interacciones nuevas, con personas desconocidas, se acrecienta, para las personas con discapacidad, en la búsqueda de pareja. Tiseyra (2016) hace un análisis de las personas jóvenes con discapacidad que se conectan con otras personas vía internet y redes sociales, a la que se les presenta el dilema de la “confesión” (Goffman, 1989, p.116). Los sujetos sienten la “obligación moral” de informar que poseen una discapacidad; al mismo tiempo, saben que “la honestidad inmediata [es] ... algo necesariamente costoso” (ídem) y puede llevar a la ruptura de la relación antes de que ésta se consolide; también sienten que si no revelan su situación incurrir en cierta “traición”... Este laberinto dilemático suele gestionarse midiendo el “timing” de los intercambios: prolongar lo más posible las interacciones virtuales en las que no se hace mención de la discapacidad y luego cortar la relación antes de que la otra persona quiera conocer a la persona con discapacidad personalmente.

Cabe señalar que sobre estas experiencias se sobreimprimen las frustraciones ante una ciudad que no es accesible para todas las personas, con espacios físicos de circulación pensados y contruidos para cuerpos “legítimos”. Aquí hay una dimensión objetiva que desestimula o directamente obstaculiza la circulación social, además de las dimensiones analizadas por los autores mencionados.

Estas circunstancias generan que las personas más cercanas al sujeto, con las que comparte la cotidianeidad y los afectos, también compartan el descrédito y las restricciones que experimenta el individuo estigmatizado (Goffman, 1989, p.43). Esto es relatado por familiares de personas con discapacidad que se sienten “encerradas”, y que expresan que su mundo también se ha reducido a partir de la irrupción de la discapacidad. Manifiestan deseos de salir, de emprender actividades varias y pena por no poder hacerlo; al mismo tiempo, cuando se hallan fuera del ámbito doméstico con otras personas expresan sentir culpa por haber dejado sola a la persona con discapacidad.

### **A modo de síntesis**

En el presente trabajo se buscó reflexionar sobre las interacciones sociales a partir de diferentes escenas observadas en un hospital público de la Ciudad de Buenos Aires.

La perspectiva de análisis empleada permitió ver cómo en la cotidianeidad de este espacio se reproducen sentidos, clasificaciones, etiquetas, que son culturalmente hegemónicas y que sostienen estructuras de desigualdad social. Fue posible advertir cómo los sujetos intentan “impresionar adoptando el lenguaje expresivo de la mayoría” (Meccia, 2005, p.166) aunque este mismo movimiento reproduzca la trama de relaciones de dominación simbólica que los ubica en una posición de subalternidad<sup>B</sup> (Bourdieu, 2010, p.51).

Pero también fue posible registrar cómo los sujetos “manipulan” el sentido de su acción y “juegan” con sus atributos y con la información que en cada momento muestran/ocultan, según la ocasión y el auditorio, a fin de reivindicar una impresión personal y un trato acorde con su idea de sí. Ello permite vislumbrar un aspecto creativo de la acción de los sujetos, que permite pensar en la posibilidad de nuevas prácticas y sentidos y no meramente en la conservación de lo instituido.

Más allá de ello, que se verifica para todas las personas, ciertos atributos como la discapacidad (un estigma), impactan subjetivamente y en la vida de relación de las personas, y condicionan sus posibilidades de manejar la impresión<sup>4</sup>. No obstante esto, estos estigmas también pueden ser resignificados en espacios institucionales como el analizado, convirtiéndose incluso en un capital disponible para las estrategias de los sujetos.

En suma, las instituciones públicas como el hospital ofrecen un espacio en el que interactúan una gran cantidad de personas, desde posiciones y con capitales diferentes. En ese entramado, algunas personas hacen un uso original de la institución, algunas otras encuentran allí respuestas a sus padecimientos, y muchas otras aprenden (tanto allí como en otras ventanillas estatales) cómo ser pacientes (en su doble acepción).

Entre todos, todos los días, re-creamos los sentidos y las estructuras sociales.

### **Referencias**

Alves, Pedro. A fenomenologia e as abordagens sistêmicas nos estudos socioantropológicos da doença: breve revisão crítica. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 22, n 8, p. 1547-1554, 2006. <http://www.scielo.br/pdf/csp/v22n8/03.pdf> (Consulta en: 19.04.2017).

<sup>4</sup> En estos casos, más que manejar la impresión, deben manejar la tensión en la interacción (Goffman, 1989, p.122).

- Auyero, Javier. *Pacientes del Estado*. Buenos Aires: Eudeba, 2013.
- Bourdieu, Pierre. La muerte del sociólogo Erving Goffman. El descubridor de lo infinitamente pequeño. *Le monde*, 04/12/1982. <http://sociologiac.net/2012/01/20/inedito-la-muerte-del-sociologo-erving-goffman-por-pierre-bourdieu/> (Consulta en: 19.04.2017).
- Bourdieu, Pierre. Notas provisionales sobre la percepción social del cuerpo In AAVV (Orgs). *Materiales de sociología crítica*. Madrid: La Piqueta, p. 183-194, 1985.
- Bourdieu, Pierre. Espacio social y génesis de las clases. *Revista Estudios sobre las Culturas Contemporáneas*, v. 3, n. 7, p.27-55, 1989. <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=31630703> (Consulta en: 19.04.2017).
- Bourdieu, Pierre. *La distinción. Criterio y bases sociales del gusto*. Barcelona: Taurus, 2006.
- Bourdieu, Pierre. *El sentido práctico*. Buenos Aires: Siglo XXI Editores, 2007.
- Bourdieu, Pierre. *La dominación masculina y otros ensayos*. Buenos Aires: Editorial La Página S.A., 2010.
- Cortés, Beatriz. Experiencia de enfermedad y narración: el malentendido de la cura. *Revista Nueva Antropología*, v. XVI, n. 53, p.89-115, 1997. <http://www.redalyc.org/pdf/159/15905305.pdf> (Consulta en: 19.04.2017).
- De Certeau, Michel. *La invención de lo cotidiano. I Artes de Hacer*. México: Universidad Iberoamericana, Instituto Tecnológico y de Estudios Superiores de Occidente, 2010.
- Fraser, Nancy. *Iustitia Interrupta. Reflexiones críticas desde la posición 'postsocialista'*. Santafé de Bogotá: Siglo del Hombre Editores y Universidad de los Andes, 1997.
- Goffman, Erving. *La presentación de la persona en la vida cotidiana*. Buenos Aires: Amorrortu, 1974.
- Goffman, Erving. *Relaciones en público. Macroestudios del orden público*. Madrid: Alianza, 1979.
- Goffman, Erving. *Estigma. La identidad deteriorada*. Buenos Aires: Amorrortu, 1989.
- Good, Byron. *Medicina, Racionalidad y experiencia. Una perspectiva antropológica*. Barcelona: Edicions Bellaterra, 2003.
- Martucelli, Danilo. *Lecciones de sociología del individuo*. Disertación. Lima: Departamento de Ciencias Sociales/Pontificia Universidad Católica del Perú, 2007. <http://departamento.pucp.edu.pe/ciencias-sociales/publicaciones/lecciones-de-sociologia-del-individuo/> (Consulta en: 19.04.2017).
- Meccia, Ernesto. El teatro que no representa. Una reseña tardía con algunas reflexiones actuales de La presentación de la persona en la vida cotidiana de Ervin Goffman. *Revista Argentina de Sociología*, v. 3, n. 4, p.161-168, 2005.
- Meccia, Ernesto. *Los métodos y las técnicas cualitativas de construcción y validación del conocimiento en Ciencias Sociales*. Disertación. Buenos Aires: Metodología y Técnicas de la Investigación en Ciencias Sociales/Facultad de Ciencias Sociales/Universidad de Buenos Aires, S/F.
- Merklen, Daniel et al. *Individuación, Precariedad, Inseguridad ¿desinstitucionalización del Presente?* Buenos Aires: Paidós, 2013.

Tiseyra, María Victoria. *Vínculos erótico-afectivos, tácticas y esperas en adolescentes con discapacidad motora*. Disertación. Buenos Aires: XII Jornadas Salud y Población/Facultad de Ciencias Sociales/Universidad de Buenos Aires, 2016.

