



Universidad Nacional de Rosario.

Facultad de Psicología.

Trabajo Integrador Final.

Interdisciplina: medicina y psicoanálisis dentro del hospital
público

Modalidad de presentación: Ensayo.

Autor/a: Ramos Melina.

Legajo: R-5208/6

DNI: 38.290.884

Nombre del Docente Responsable: Cristian Del Carlo.

Año: 2025

Agradecimientos

A mi familia, toda, por su apoyo incondicional, por brindarme su ayuda constante y por acompañarme con contención y aliento durante este recorrido, gracias al cual hoy me encuentro en este lugar.

A Cristian y María por guiarme en el proceso, por su valioso tiempo y dedicación en la confección de este trabajo.

A mis amigas y amigos, los de siempre, los mas leales y compañeros.

A la Facultad de Psicología, por ser pública y por enseñarme el valor de la conciencia social, que acompañará mi recorrido profesional y personal.

índice

Resumen.....	4
Palabras clave.....	4
Introducción.....	5
Desarrollo.....	6
El campo hospitalario y la introducción de la medicina.....	6
Surgimiento del dispositivo de psicoanálisis en el hospital.....	8
De la interconsulta a la interdisciplina.....	10
De lo multidisciplinar a lo interdisciplinar.....	12
Un enfoque integral para la demanda del paciente en una institución pública hospitalaria.....	13
Conclusión.....	17
Referencias bibliográficas.....	18

Resumen

El presente ensayo explora la viabilidad del ejercicio interdisciplinario entre el psicoanálisis y la medicina dentro del hospital público. Un espacio donde se vislumbra el predominio del modelo médico hegemónico que, en ocasiones, ha puesto en duda la integración del psicoanálisis. El objetivo es reflexionar sobre la convivencia de estos dos discursos dentro de una misma institución, analizando cómo interactúan y coexisten en este contexto. En primer lugar, se lleva a cabo una revisión de la genealogía del hospital como institución terapéutica, destacando de qué manera la medicina ha logrado consolidarse como el discurso dominante en su conformación. A continuación, se aborda la noción de interdisciplina desde las lógicas de ambos discursos, médico y psicoanalítico, para analizar cómo se interrelacionan dentro del hospital público, su distinción con la interconsulta y por qué hablamos de inter y no multi disciplina. Este estudio se orienta a ubicar la posibilidad del trabajo en conjunto desde un enfoque interdisciplinario, cuestionando los lugares establecidos y problematizando los modos en que se construyen y sostienen ciertos dispositivos clínicos. Se intenta así aportar a una mirada más amplia y reflexiva sobre cómo se trabaja con los pacientes en el ámbito hospitalario.

Palabras clave

Psicoanálisis - Hospital Público - Medicina - Interdisciplina

Introducción

El siguiente trabajo tiene como objetivo explorar la coexistencia de dos discursos – el médico y el psicoanalítico– dentro del ámbito del hospital público. En este contexto, ambas disciplinas aunque consolidadas y con roles definidos, operan bajo lógicas y procedimientos distintos, lo que genera tensiones y desafíos en su interacción. El psicoanálisis, a pesar de su consolidación como disciplina clínica, ha enfrentado diversas dificultades para encontrar un lugar dentro de las instituciones hospitalarias, donde predomina la medicina como modelo hegemónico.

El propósito de este escrito es reflexionar sobre cómo estas dos categorías a pesar de sus diferencias pueden coexistir y apuntar a enriquecer el trabajo en un mismo espacio institucional. Además, conocer si existen formas en las que estos enfoques disciplinares pueden complementarse en un trabajo interdisciplinario, apuntando a pluralidades, brindando una atención integral a pacientes que lleguen a un hospital público y requieran de un servicio, ofreciendo alternativas a las limitaciones que puedan imponerse en cada disciplina de forma particular.

Para la confección del presente trabajo se ha optado por el formato de ensayo. Esta elección se fundamenta en la intención de desarrollar una postura argumentativa propia, sin las limitaciones que podríamos encontrar en los métodos cuantitativos o cualitativos tradicionales. Asimismo, se intenta plasmar antecedentes relevantes para lograr articular distintas miradas teóricas, abriendo el análisis hacia diferentes puntos de tensión y debate, y así construir un aporte que enriquezca la discusión sobre la atención en salud mental en contextos institucionales.

Desarrollo

El campo hospitalario y la introducción de la medicina

El término hospital proviene del latín “*hospitium*”, que significa hospitalidad, reflejando su origen como un lugar que ofrecía amparo a los necesitados. A raíz de la procedencia de este término podemos suponer entonces que tanto el hospital como la medicina han experimentado una evolución significativa a lo largo de la historia hasta su concepción actual. En sus comienzos, lo que hoy entendemos como hospital en particular el hospital público y la medicina conservaban una noción muy distinta, no tenían como objetivo principal la cura de enfermedades, su fin era mayormente religioso.

Durante la Edad Media en Europa, los hospitales no eran lugares dedicados a la atención médica en el sentido moderno. Estos establecimientos se crearon inicialmente como instituciones religiosas destinadas principalmente a brindar asistencia a los pobres, cumpliendo con diversas *tareas misericordiosas*. Su función era alimentar a los hambrientos, hospedar a los extraños y refugiar a los enfermos.

Para finales de la Edad Media, en el siglo XVI, Europa contaba con miles de hospitales. Algunos de estos albergaban a más de dos mil pacientes, a veces con hasta tres personas compartiendo una sola cama. Otros hospitales eran de menor tamaño o se especializaban en funciones específicas, como el cuidado de nacimientos, ancianos o enfermedades particulares. Cada ciudad tenía al menos un hospital, pero todos estaban destinados únicamente a los desamparados. La capacidad de estos hospitales a menudo se veía sobrepasada, ya que se adherían al principio cristiano de no rechazar a nadie.

Michael Foucault, en su libro *La vida de los hombres infames* (1999), argumenta que, durante los siglos V y XV, los hospitales actuaban como instituciones de exclusión más que de curación. Con el creciente desarrollo de enfermedades epidémicas, el hospital se convirtió en un lugar de aislamiento para los pobres y enfermos, contemplados una amenaza para la salud general. Estas personas eran separadas del resto de la población para recibir los últimos auxilios y una transformación espiritual, con el objetivo de salvar sus almas en el momento de la muerte. El personal que trabajaba en estos hospitales, a menudo monjas y monjes, se dedicaba a brindar cuidado caritativo y a mantener el lugar limpio, buscando garantizar la salvación eterna de los moribundos.

Por otro lado, en cuanto a la experiencia hospitalaria, esta no se incluía en la formación del médico. Hasta ese entonces, la práctica médica era un ejercicio profundamente individualista.

El médico realizaba el seguimiento de la enfermedad del individuo desde su aparición con el fin de abolirla para devolver la salud al enfermo. Su tarea consistía en observar los signos,

pronosticar la evolución y favorecer, en la medida de lo posible, el triunfo de la salud y la naturaleza sobre la enfermedad (Michel Sauval, 1999 p. 11 y 12).

Los saberes médicos se transmitían de maestro a alumno y eran avalados luego por la corporación médica. Por lo tanto, hasta mediados del siglo XVIII, el hospital y la medicina continuaron siendo campos independientes.

El factor principal de la transformación no fue la búsqueda de una acción positiva del hospital sobre el enfermo o la enfermedad, sino simplemente la anulación de los efectos negativos del mismo: no se trató primero de medicalizar la institución, sino de purificarlo de los efectos nocivos del desorden que ocasionaba. En este caso, se entiende por desorden a las enfermedades que esa institución podía suscitar en las personas internadas y propagar en la ciudad en que estaba situado.

Retomando el escrito mencionado *La vida de los hombres infames* (1999) Foucault comienza a exponer los mecanismos de control, estos empezarán a observarse en diversas instituciones, una de ellas en el hospital, donde luego permitiría su medicalización. El objetivo era confiar el poder de control al saber médico para transformar la práctica médica hasta entonces desarrollada y dar inicio a la medicina hospitalaria. La evolución continuó durante el siglo XX y XXI aunque de forma heterogénea, en algunos países no se instalaron sistemas de salud pública, mientras que en otros se crearon sistemas inclusivos, accesibles a la población, reflejando el progreso de la medicina y la organización del sistema de salud.

En Argentina, este proceso de evolución también se hizo evidente. En 1880 se creó un Departamento Nacional de Higiene, que se centraba principalmente en el cuidado de los puertos, lugares de intercambio con otras naciones. La gestión en ese entonces se caracterizaba por dar respuestas a demandas puntuales y de corto plazo, y esta forma de abordaje predominó hasta mediados de los años cuarenta. Según el Ministerio de Cultura de la Nación, en 1943, bajo la dirección del Dr. Ramón Carrillo, se creó la Dirección Nacional de Salud Pública y Asistencia Social. Desde entonces, el hospital se convirtió en el eje central de la atención médica en Argentina, marcando un cambio significativo hacia un enfoque más sistemático y organizado en la atención de la salud (Ministerio de Cultura de la Nación, 2021). Así el desarrollo de la medicina y los hospitales en Argentina intentarían alcanzar y reflejar un proceso de transformación, sería un norte tanto para hospitales como para centro de atención primaria avanzar hacia sistemas de salud integrales y accesibles para dar paso a tratamientos y prevención de enfermedades.

Surgimiento del dispositivo de psicoanálisis en el hospital

La presentación de la medicina dentro de la institución hospitalaria fue contemplada como aquella práctica que, a partir del saber y el control, venía a posicionarse como discurso amo, discurso hegemónico, perpetuándose en la actualidad.

Frente a esto, el psicoanálisis no se incorpora simplemente como una práctica más, sino que se introduce como un discurso con una lógica radicalmente distinta en la manera de pensar la salud y la intervención clínica. Lo revolucionario de su ingreso al hospital público se ubica en su propuesta de intervención terapéutica que trasciende los límites de la medicina tradicional instalada, marca un cambio en la organización del campo de la salud mental, plantea una serie de tensiones estructurales con el discurso médico.

Otra novedad significativa que trae consigo es la introducción de una escucha más profunda al paciente dentro del hospital, un enfoque que tradicionalmente se había reservado y limitado solo para el consultorio privado. De esta manera, el psicoanálisis en el ámbito hospitalario abre un espacio nuevo para la reflexión y el tratamiento, ampliando las posibilidades de intervención y cuidado.

Es así como Mannoni en su texto *Psicoanálisis y política de salud mental* (1985) sitúa que el acto analítico se produce en un lugar distinto que en aquel en donde se ejerce la educación, los cuidados asistenciales, pero que, sin embargo, el psicoanálisis existe en un campo social en el que se cura y educa, como podemos pensar que ocurre en el hospital. En cierta época, los mismos psicoanalistas fueron los que consideraron que su práctica no era viable ni aplicable a una institución como la hospitalaria, principalmente por el hecho de que no se reunían las condiciones para llevar a cabo un análisis posible. Sin embargo, Ginette Reimbault en *El Psicoanálisis y las fronteras de la Medicina* (1985) plantea el psicoanálisis como una clínica de lo real y considera llevarlo más allá del encuadre establecido primariamente como lo fue el consultorio privado, donde rige un tiempo, demandas, honorarios, y busca instalarlo en otros espacios, en otras instituciones.

Por otro lado, Freud estableció las bases para la aplicación del psicoanálisis en entornos hospitalarios. Este planteo fue retomado y ampliado en el artículo *La larga historia de los psicoanalistas en los hospitales*, publicado por la revista *Topía* (2001), donde se analiza cómo Freud vislumbró un futuro utópico donde el psicoanálisis sería accesible para un público más amplio que los segmentos privilegiados de la sociedad, “a través de sanatorios o lugares de consulta que brindarán tratamientos gratuitos sostenidos por el Estado” (*Topía*, 2001, párr. 3). Este enfoque representaba una visión innovadora y progresista para democratizar el acceso a la terapia psicoanalítica.

A comienzos de la década de 1920, el psicoanálisis comenzó a ser reconocido y aceptado en el ámbito hospitalario y médico. Psicoanalistas destacados como Sándor

Ferenczi, Wilhelm Reich y otros, llevaron a cabo trabajos en hospitales de Europa. Jean Clavreul (2005), por otro lado, considera que el psicoanálisis hace su ingreso a la institución hospitalaria como una ayuda externa, como una asistencia terapéutica más (Clavreul, 2005, p.17). En base a la exposición que establece Clavreul nos preguntamos ¿Qué significa entonces que el psicoanálisis ingrese al hospital público como ayuda externa?, desde esta perspectiva podemos tomar a Lacan, donde en su texto *Psicoanálisis y medicina* (1985) plantea que el lugar del psicoanálisis en la medicina es marginal y extraterritorial. Por un lado, “es marginal debido a la posición de la medicina respecto del psicoanálisis (...) es extraterritorial por obra de los psicoanalistas quienes, sin duda, tienen sus razones para querer conservar esta extraterritorialidad” (Lacan, 1999, p. 86). Dicho esto, ¿Puede pensarse al psicoanálisis y a la medicina en el hospital en estos términos? ¿Puede darse una *convivencia* desde esta lógica?

En la actualidad, la presencia de psicoanalistas en instituciones como el hospital denota un cambio de pensamiento producto de un proceso de construcción histórico-social que se fue gestando. El psicoanalista allí tiene un rol crucial al poder abrir un espacio para la dimensión subjetiva, profundizando en las dolencias que han llevado al paciente al estado en que se encuentra y desafiando los intentos de objetivación. Esto denota que el psicoanálisis, como amplio campo, ha dado lugar a ser una práctica reconocida y vinculada a la salud, lo que legitima la presencia del psicoanalista en la institución hospitalaria.

Sin embargo, estas dos figuras que se instalan en el hospital público, la del médico y el psicoanalista, son disciplinas que funcionan desde paradigmas muy diversos y hasta incluso opuestos, logrando percibirse el desencuentro entre el tratamiento médico, con bases en el modelo médico hegemónico y el que ofrece el analista. Las diferencias paradigmáticas abarcan la concepción que tienen del sujeto, los objetos de estudio, los métodos, etc. Esto lleva entonces a producir lógicas de pensamientos distintas y junto a ello también diferentes procedimientos de intervención en el paciente.

Aunque estas diferencias no necesariamente conducen a un conflicto directo, la interacción entre diversas disciplinas frecuentemente puede enfrentar dificultades. Las discrepancias paradigmáticas pueden generar tensiones y obstáculos en la integración de prácticas, dificultando una sinergia fluida. En este marco, la colaboración entre ellas puede resultar en una relación compleja y a menudo desafiada por estas diferencias fundamentales. Así, la convivencia entre el psicoanálisis, la medicina y otras disciplinas instaladas en el hospital no siempre se traduce en una colaboración armónica, sino que puede estar marcada por la dificultad de articular diversos paradigmas que operan bajo lógicas distintas.

Tomando en cuenta estas limitaciones, resulta pertinente la lectura que realiza Karina Savio (2015) del seminario dictado en 1969 por Lacan *De un Otro al otro*, allí el

autor plantea que si es en el Otro en donde algo del discurso se articula y si, además, este Otro no está completo, entonces, se puede pensar que no es posible concebir la existencia de un discurso absoluto que agrupe la totalidad de los discursos (Savio, 2015). El discurso amo que todo lo controla, lo sabe y que todo lo abarca encuentra su falla, es decir, su propia castración.

Se pone en juego un nivel diferente de intervención, en el cual no se trate únicamente de cuestionar aquello que la práctica médica no ha logrado resolver, sino de reconocer la diferencia y la complementariedad con otras disciplinas. El objetivo es abrir un espacio para el trabajo interdisciplinario, en el cual cada campo de conocimiento aporte su perspectiva única, enriqueciendo la comprensión de los fenómenos complejos y permitiendo enfoques integrales en el abordaje de los problemas. De este modo, se buscará construir un terreno común en el que la medicina y otras disciplinas, como el psicoanálisis, puedan colaborar, cada una respetando sus propios métodos y saberes, pero trabajando en conjunto hacia una comprensión más profunda y eficaz de la salud humana. Se trata de ver hasta qué punto, dentro de instituciones que se rigen por lógicas como el discurso del amo, el universitario o el hegemónico, es posible crear un espacio donde operen otros dispositivos que sostengan éticas diferentes y permitan el despliegue de la subjetividad de quienes consultan.

De la interconsulta a la interdisciplina

A partir de lo desarrollado podríamos pensar que uno de los desafíos del psicoanálisis en el ámbito hospitalario se trataría de apostar. Apostar a un trabajo novedoso y diferente del que se plantea desde la perspectiva médica hegemónica, anexar un trabajo en equipo capaz de proporcionar distintas miradas, en donde lo inesperado de lugar a lo creativo, a lo nuevo.

Un ejemplo claro de este tipo de intercambio es el trabajo de la interconsulta instalado dentro de la institución pública, el cual tiene el potencial de generar un acercamiento entre las disciplinas mencionadas. Se configura como una forma de aproximación entre el psicoanálisis y la medicina, además de otras áreas de conocimiento. Según lo enunciado por Lapalma y Zamorano (1995) “La práctica de la interconsulta implica un momento de encuentro y conversación entre profesionales, una instancia de cruce como también de choque entre discursos” (p 80). En este caso, el diálogo entre el discurso médico hegemónico y el discurso psicoanalítico, frente a una dificultad clínica, expone no sólo las diferencias que los constituyen, sino también simboliza la responsabilidad para la toma de decisiones en conjunto, lo que lo convierte una tarea que resulta ardua y compleja.

El ejercicio de la interconsulta desde la perspectiva del psicoanálisis supone un espacio de apertura donde se lee y construye una demanda a partir de un pedido cuando se presentan diversas situaciones, es decir, se trata de una práctica que no solo refleja la diversidad de enfoques, sino que, apunta a producir una pregunta desde la disyunción que imparte el enunciado de la enunciación.

No obstante, la solicitud y posterior derivación a una interconsulta con el área de psicología suele ser resultado de ciertas limitaciones encontradas en el abordaje de la práctica médica. Estas limitaciones pueden estar relacionadas con diversos aspectos, como la negativa del paciente a recibir atención, la falta de adherencia al tratamiento, la relación con el médico, o incluso imposiciones institucionales. La práctica habitual de derivar a través de interconsulta puede convertirse en una opción cómoda o automática que, desde la perspectiva médica hegemónica, puede no requerir ni promover cambios ni evaluaciones. A partir de esto nos podemos preguntar: ¿De quién es el pedido? ¿Quién demanda? ¿Qué demanda? ¿A qué se acerca el médico cuando interconsulta? ¿De quién es la angustia? Cada una de estas preguntas no encuentran fácilmente respuesta en el marco del discurso médico hegemónico, por el contrario, apuntan hacia un enfoque que considere las dimensiones subjetivas de la experiencia del paciente, como posibilidad de alojar la complejidad de estos interrogantes, abrir preguntas donde el discurso médico tiende a cerrarlas.

Este proceso de reflexión está destinado a profundizar en las demandas que se expresan en la institución. En este sentido, el psicoanálisis propone una posición de escucha, permitiendo que emerjan dimensiones de la subjetividad que podrían resultar desapercibidas desde un abordaje meramente médico. El psicoanálisis no pretende actuar de manera apresurada, su intervención se vincula con indagar sobre la demanda, preguntarse de quién es y en nombre de qué se formula intentando hacer surgir preguntas o cuestionamientos aún no formulados.

A pesar de los esfuerzos por fomentar una colaboración más fluida entre disciplinas en el ámbito hospitalario, la práctica de la interconsulta todavía enfrenta limitaciones significativas, si lo que se busca es apuntar a un trabajo en conjunto propiamente dicho. En este sentido, Alicia Stolkiner (1999) propone que “lo esperable sería pasar de la “interconsulta” a una integración efectiva de las acciones de salud mental en los servicios, con el objetivo de revertir la desobjetivación de las prácticas tradicionales” (Stolkiner, 1999, p.7), en donde las funciones y la importancia de cada saber se definan en relación al problema y no por el peso de cada profesión. Entendemos entonces que esto implicaría un cambio de paradigma en el que las funciones y la relevancia de cada disciplina se definan no en función del prestigio o la jerarquía de la profesión, sino en relación con las necesidades del paciente y el problema en cuestión. Esta integración no solo beneficiaría

al paciente, sino que también permitiría una concepción más flexible y dinámica del trabajo en equipo.

Considerando lo anteriormente expuesto, se presenta entonces una invitación y promoción del trabajo interdisciplinario dentro del hospital público como una categoría donde el psicoanálisis y la medicina comulguen en pos del bienestar bio-psico-social del paciente, permitiendo nuevas formas de abordar su padecimiento y situarse frente a aquello que lo afecta.

De lo multidisciplinar a lo interdisciplinar

La perpetuación del paradigma médico-hegemónico nos plantea varias preguntas cruciales: ¿Con qué fin se mantiene esta forma de trabajo? ¿Este modelo pone el enfoque en el paciente en su totalidad o sólo en la enfermedad? Estos interrogantes surgen al contemplar una institución como el hospital público, que parece funcionar de manera mecánica y despersonalizada bajo este esquema.

Considerando lo escrito por Nora Elichiry, la multidisciplina se puede definir como “la yuxtaposición de áreas del conocimiento” (2009, p. 1.) Según la autora, en la multidisciplina, cada disciplina se enfoca en su especialidad y la posibilidad de relación y transformación entre ellas no está necesariamente contemplada. Las disciplinas pueden colaborar, pero mantienen cierto grado de autonomía en sus enfoques y metodologías. En cambio, la interdisciplinariedad busca una integración más estrecha y una participación profunda entre las disciplinas involucradas.

La interdisciplina nace de la incontrolable indisciplina de los problemas que se nos presentan actualmente. De la dificultad de encasillarlos. Los problemas no se presentan como objetos, sino como demandas complejas y difusas que dan lugar a prácticas sociales contradictorias (Stolkiner, 1987, p.313-315).

Es fundamental reconocer que las disciplinas existen solo por los sujetos que las portan, reproducen, transforman y son atravesados por ellas. Un equipo interdisciplinario debe ser pensado con una lógica que contemple tanto lo subjetivo como lo intersubjetivo. La interdisciplina no busca borrar los márgenes disciplinarios; implica trabajo conjunto, múltiples perspectivas ante un mismo caso y escucha activa desde la especificidad de cada disciplina.

Retomando lo planteado por Alicia Stolkiner (1999), se subraya que el trabajo interdisciplinario orientado a la intervención no constituye un encuentro casual de disciplinas, sino que requiere un proceso para construir un marco de referencia conceptual

común. Este proceso incluye delimitar los distintos niveles de análisis (bio-psico-social, etc.), interactuar entre las dimensiones y acordar una metodología que trascienda lo disciplinar (Stolkiner, 1999, p.1).

La integración no se realiza únicamente a nivel de las disciplinas, sino también a través de los miembros del equipo de trabajo, promoviendo la intencionalidad, flexibilidad, cooperación recurrente y reciprocidad, lo que conduce a una integración sistémica. El sistema funciona si cada disciplina opera de manera individual pero no independiente (Elichiry, 2009). La interdisciplina representa el desafío de conservar las singularidades y diferencias que tanto las disciplinas como los encuentros entre estas generan. La constitución del equipo interdisciplinario implica tiempo para discutir y construir acuerdos, así como reflexionar sobre nuevas cuestiones a partir del encuentro con otro profesional (Bloj, 2013). En este contexto, podemos contemplar que la interdisciplina es también la construcción de una unidad más orgánica y novedosa en comparación con las disciplinas tradicionales. Según lo que establece Roberto Follari no se trata de un sujeto individual interdisciplinario, sino de una labor grupal y consciente (Follari, 2002).

Un enfoque integral para la demanda del paciente en una institución pública hospitalaria

Siguiendo la lógica de la interdisciplina, podríamos pensar que, la demanda de un paciente dentro de una institución pública hospitalaria podría ser abordada bajo un término inter, involucrando diferentes disciplinas presentes en el hospital, siempre y cuando la situación y el paciente lo requieran.

Cabe suponer que, en la institución hospitalaria el discurso del paciente tiende a quedar relegado, ya que únicamente se considera aquello que puede integrarse en la lógica del saber médico: los signos perceptibles de su enfermedad y los síntomas que se puedan reconducir a un organismo. De esta forma, Jean Clavreul señala “el paciente en tanto subjetividad queda elidido y es el cuerpo en tanto enfermedad lo que deviene objeto del discurso de la medicina” (Clavreul, 1978, p.49). En este enfoque, la medicina no se dirige al sujeto en su complejidad, sino a su cuerpo enfermo, reducido a signos y síntomas. El paciente queda desplazado por la dolencia, que pasa a ocupar el centro de atención. Esta lógica puede parecer justificada si se entiende que el discurso médico persigue un objetivo claro: curar. No obstante, los cuerpos no pueden separarse de la subjetividad que los habita, y cuando esta dimensión es ignorada, la práctica médica puede verse limitada. Al contemplar esta situación se evidencia la imperiosa necesidad de comenzar a reconocer al paciente como alguien que padece, más allá de su enfermedad.

Partiendo entonces de esta postura es donde se sugiere una ampliación del objeto del saber y de la intervención de la Clínica. De la enfermedad como objeto de conocimiento y de intervención, se pretende, también, incluir al sujeto y su contexto como objeto de estudio y de las prácticas de la Clínica (Wagner de Sousa Campos, 1996-1997, p 2).

Esto podría apuntar a reflexionar que dentro de la institución pública se daría lugar a la subjetividad del paciente, a aquello que quedó sin responder, e incluso sin escuchar desde la lógica de la medicina. El trabajo del analista busca mantener el campo del sujeto, brindar su escucha activa, devolverle el uso de la palabra a ese cuerpo sufriente. Tal vez puede ser la tarea más simple, pero el escuchar se vuelve a veces el deber más olvidado y pensando en la institución hospitalaria, una tarea poco sencilla (Ferioli, 1995). Es en este contexto donde damos lugar a la demanda del paciente, se toma la lectura que realizan Alfaro y Bruno (2021) de la teoría lacaniana:

Lacan (1936) afirma que la revolución freudiana reside en el movimiento de cederle la palabra al paciente respecto de aquello que le genera sufrimiento. Este pasaje, se orienta a un decir en el cual se articulan un sujeto y su verdad y no a la forma de datos que se compilan en una historia clínica para producir una anamnesis más o menos acabada (Alfaro y Bruno, 2021, p.43)

En continuidad con lo expuesto, Alfaro y Bruno (2021) destacan que, para Lacan, el límite del quehacer médico se encuentra en la demanda y en la respuesta a ella. Lacan (1999) evidencia la estructura de la falla que existe entre la demanda y el deseo: el goce como el campo en donde se ubican los excesos del lenguaje cuya marca escapa del dominio del sujeto. Así es como para este autor “tenemos dos puntos de referencia: primero, la demanda del enfermo; segundo, el goce del cuerpo” (Lacan, 1999, p. 94).

La formulación de ésta la resume Lacan en términos precisos: “el enfermo somete al médico a la prueba de sacarle de su condición de enfermo (...). La única vía para escuchar esa demanda es haciéndolo desde la estructura de la falla que existe entre la demanda y el deseo” (Lacan, 1999, p 12 y 13). La demanda del enfermo y el goce del cuerpo son dos referencias que comprometen al médico más allá de sus puntos de apoyo estrictamente científicos. “Es ahí, sigue articulando Lacan, donde el psicoanálisis, cuya aparición histórica no es ajena al desarrollo de la ciencia, puede aportar su teoría de la praxis” (Clavreul, 2005, p.21).

A partir de la lectura de Michel Sauval (1999), damos cuenta que el ámbito hospitalario nos enseña a escuchar demandas y este aprendizaje consiste en aprender que su estructura presenta diversas dimensiones y niveles y, que no ser dúctil a los mismos, es equivalente a no saber *escuchar*. Sin embargo, por otro lado, la oferta de análisis no es

una respuesta válida para cualquier demanda, sólo puede tener sentido ante una verdadera *demanda de análisis*. Responder con análisis a demandas que no lo son implica un error de interpretación, no haber escuchado de forma atenta. Significa elevar el análisis y la supuesta “escucha del deseo” al mero estatuto de ideal, es decir, de respuesta universal para cualquier demanda, sin atender a la particularidad de esta (Sauval, 1999, p. 22)

Es fundamental reconocer la importancia de avanzar hacia modelos interdisciplinarios de atención que no solo respondan a demandas inmediatas, sino que también promuevan un cuidado sostenido del paciente, enriqueciendo a las diversas prácticas y mejorando los resultados de salud. Saber escuchar, y más aún, saber también indagar el caso singular, y decidir, pero decidir ponderando, exponiendo incertidumbres, compartiendo dudas. Por esto la clínica del Sujeto demanda trabajo en equipo y un hacer comunicativo.

Es en este sentido, y aspirando a superar el enfoque tradicional, tomamos la Ley Nacional de Salud Mental Argentina 26.657, donde se propone ampliar la definición del objeto que refleja una perspectiva novedosa, ya que habilita un trabajo interdisciplinario, una redistribución del poder en el seno del equipo de salud y de este con la comunidad, y propone reconocer también la perspectiva que aportan actores no convencionales, tales como los usuarios y familiares.

Debe promoverse que la atención en salud mental esté a cargo de un equipo interdisciplinario integrado por profesionales, técnicos y otros trabajadores capacitados con la debida acreditación de la autoridad competente. Se incluyen las áreas de psicología, psiquiatría, trabajo social, enfermería, terapia ocupacional y otras disciplinas o campos pertinentes. (Ley Nacional de Salud Mental, Art. 8º)

En este trayecto, donde la salud mental se destaca como un tema crucial en los asuntos de Estado, no es de extrañar que ciertos sectores corporativos, especialmente defensores del modelo médico hegemónico, se consideren con el derecho de decidir sobre la salud de las personas, sin tener en cuenta las voces de otros profesionales ni de la comunidad. ¿Esto se produciría por un temor a perder la jerarquía médica en un ámbito históricamente dominado por la medicina hegemónica?

Desde de la lectura de De Sousa Campos (1996-1997), nos resulta fundamental entender que tanto la ciencia como los modelos predominantes en diferentes épocas no son inmutables. La interdisciplina puede desempeñar un papel clave en la superación de esta situación y, por lo tanto, nuestra práctica debería liberarse de la perspectiva del técnico tradicional, que sostiene que solo existe un enfoque correcto para trabajar en beneficio de las poblaciones, sin utilizar los límites de la ciencia como justificación.

El objetivo será avanzar progresivamente "hacia la eliminación del aislacionismo todavía presente y dedicarnos al trabajo en equipo, sin 'saberes absolutos', sino en una búsqueda constante de modelos teóricos que resuelvan los problemas que enfrenta la realidad" (Elichiry, 2009, p.8).

Continuando con esta autora toma en cuenta que la interdisciplina no solo conecta, sino que reúne; además implica aceptar la incertidumbre y aprender a transitar en la diversidad, creando nuevos espacios cognitivos. El término "Inter" actúa como un vínculo que requiere tanto unidad como diversidad, fomentando la pluralidad sin caer en la unificación o fusión. "Lo esencial es preservar la identidad y especificidad de cada disciplina; solo así se podrán establecer conexiones y relaciones" (Elichiry, 2009, p.4).

Un equipo de trabajo debe fomentar actitudes cooperación, entendiendo que las interacciones entre disciplinas no queden libradas al azar, sino que respondan y sean resultado de una acción consciente que promueva la flexibilidad y la apertura en la construcción conjunta de modelos, métodos y técnicas. Para lograr una verdadera cohesión, es fundamental mantener una disposición al diálogo, evitar posturas dogmáticas y reconocer las diferencias como parte enriquecedora del proceso. La cooperación, en este sentido, debe asumirse como una práctica continua y no esporádica, en la que la reciprocidad se exprese a través del intercambio entre disciplinas, facilitando la circulación de conocimientos, métodos, códigos lingüísticos y resultados. El camino hacia la interdisciplina especialmente en el ámbito de la salud, resulta fundamental para responder adecuadamente a las demandas de los pacientes y ofrecer una atención integral. Aunque complejo, este enfoque permite una colaboración profunda que favorece un abordaje sensible a la singularidad de cada caso. Contemplando a la autora Eva Garcés (2010) expone:

El equipo no es un fin en sí mismo, sino un instrumento que está en función del nivel y formación de los profesionales que lo forman. (...) Al hacer menos rígida la noción del rol de cada miembro, se unifican las actitudes en la comprensión del paciente y se facilitan modos de ver más significativos en el marco del tratamiento (Garcés Trullenque, 2010, p 339-340).

La resistencia del modelo médico a la interdisciplina podría reflejar la dificultad de superar las barreras disciplinarias y jerárquicas impuestas por el modelo médico-hegemónico, pero podemos tener presente que es un paso necesario para avanzar hacia una atención holística y eficaz en el hospital público. La integración de diversas disciplinas no solo es posible, sino deseable, para brindar una atención que verdaderamente responda a las complejas necesidades de los pacientes.

Conclusión

A lo largo de este ensayo se ha analizado la importancia de la cooperación entre el psicoanálisis y la medicina en el hospital público y cómo, en la práctica, el modelo interdisciplinario aún está lejos de ser una realidad efectiva. Dentro de un hospital, las "situaciones" que surgen diariamente –tanto institucionales como profesionales, académicas y éticas– se entrelazan y a veces se confunden, generando desafíos que afectan la calidad del abordaje. Las divisiones entre los profesionales de la salud, junto con los enfoques fragmentados de las distintas áreas, dificultan un abordaje integral que responda adecuadamente a las demandas de los pacientes.

La interdisciplina, entendida como una práctica que fomenta la colaboración activa y continua entre las diversas especialidades podría no solo mejorar los resultados clínicos, sino también brindar una atención humana y contextualizada. No obstante, los obstáculos culturales y estructurales dentro del hospital público, como la resistencia al cambio, las jerarquías profesionales, la falta de tiempo y recursos, siguen siendo barreras significativas para la implementación efectiva de este modelo.

El psicoanálisis, al aportar una mirada profunda sobre la subjetividad del paciente, tiene el potencial de enriquecer el trabajo interdisciplinario, ofreciendo un abordaje respecto de las necesidades emocionales y psicológicas del paciente, lo que podría mejorar la respuesta terapéutica en su totalidad. En este sentido, es fundamental que se promuevan políticas y estrategias que favorezcan la colaboración, la formación conjunta y el respeto mutuo dentro del ámbito hospitalario.

Para que el hospital público resulte un espacio eficiente en su atención, requeriría que las distintas disciplinas, especialmente el psicoanálisis y la medicina -entendiendo a ésta última en su forma más extendida como el modelo hegemónico - trabajen de manera conjunta y coordinada, intentando brindar al paciente una atención *integral* que contemple tanto sus necesidades físicas como emocionales. En este sentido, la práctica interdisciplinaria no sólo representa una mejora en la calidad del cuidado, sino también una apuesta por ampliar los márgenes del modelo médico hegemónico permitiéndole, en situaciones concretas, dejar de ser una expresión totalitaria para dar lugar a nuevas formas de entender y ejercer la medicina.

En conclusión, resulta fundamental reflexionar tanto sobre un enfoque de trabajo interdisciplinario como sobre la manera en que concebimos al sujeto en el marco de nuestras prácticas. A través de la implementación de un trabajo verdaderamente interdisciplinario será posible lograr una atención de salud adecuada a las demandas de la población.

Referencias Bibliográficas

- Alfaro, L. y Baldi, B. (2021). *Interconsulta hospitalaria: una mirada psicoanalítica*. Recuperado de <https://www.aacademica.org/000-012/406.pdf>
- Bloj, A. (2013). *Interdisciplina entre la ética y el poder*. Revista Disculpe la Molestia.
- Clavreul, J. (1977). *El orden médico*. Buenos Aires: Argot.
- Elichiry, N. (2009). *Escuela y aprendizajes: Trabajos de Psicología Educacional*. Buenos Aires: Manantial.
- Elichiry, N. (2011). *La Psicología educacional como instrumento de análisis y de intervención: Diálogos y entrecruzamientos*. Buenos Aires: Novedades educativas.
- Feroli, D. (2001). *Transferencias, instituciones y transdisciplina: La interconsulta y lo epistemomático*. Revista: Psicoanálisis y el hospital: Paidós.
- Follari, R. (1982). *Interdisciplinariedad: Los avatares de la ideología*. México: UAM-Azcapotzalco.
- Freud, S. (1919). *Nuevos caminos de la terapia psicoanalítica*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Foucault, M. (1996). *La vida de los hombres infames*. Buenos Aires: Altamira.
- Foucault, M. (2014). *Vigilar y Castigar: nacimiento de la prisión*. Buenos Aires: Siglo XXI.
- Garcés Trullenque, E. (2010) *El trabajo social en Salud Mental*. Revista UCM. Zaragoza.
- Lacan, J. (1999). *Psicoanálisis y medicina*. Buenos Aires: Manantial.
- Lapalma, O., & Zamorano, S. (1995). *El trabajo de la interconsulta: un punto de partida*. Psicoanálisis y Hospital, volumen 8.
- Laurent, E. (2000). *Psicoanálisis y Salud Mental*. Buenos Aires: Tres Haches.
- Lellis, M., & Fotía, G. D. (2019). *Interdisciplina y salud mental. Anuario de Investigaciones*. Recuperado de <https://www.redalyc.org/journal/3691/369163433018/html/>
- Mannoni, M. (1985). *Psicoanálisis y política de salud mental*. Entrevista *Les Cahiers de l'Herne*,
- Ministerio de Cultura de la Nación. (n.d) Ramón Carrillo: El primer Ministro de Salud de la Argentina. Recuperado de <https://www.cultura.gob.ar/ramon-carillo-el-primer-ministro-de-salud-de-la-argentina-10215/>
- Reimbault, G. (1985). *El psicoanálisis y las fronteras de la medicina*. Ariel
- Rubistein, A. (2004). *Un acercamiento a la experiencia: Práctica y transmisión del psicoanálisis*. Buenos Aires: Grama Ediciones.

- Sauval, M. (1999). *Psicoanálisis y práctica hospitalaria*. Recuperado de <https://www.sauval.com/pdf/Psicoanalisis%20y%20practica%20hospitalaria.pdf>
- Savio, K. (2015). *Aportes de Lacan a una teoría del discurso*. Ficha de circulación interna, Universidad de Buenos Aires.
- Stolkiner, A. (1987). *Interdisciplinas e indisciplinas*. Buenos Aires: Nueva Visión.
- Stolkiner, A. (1999). *La interdisciplina: entre la epistemología y las prácticas*. Ficha de circulación interna, Facultad de Psicología UNBA, Buenos Aires.
- Stolkiner, A. (2005). *Interdisciplina y salud mental: IX Jornadas Nacionales de Salud Mental, Argentina*.
- Topía. (n.d.). *Larga historia de los psicoanalistas en hospitales*. Recuperado de <https://www.topia.com.ar/articulos/larga-historia-psicoanalistas-hospitales>
- Wagner de Sousa Campos, G. (1996-1997). *La clínica del sujeto: por una clínica reformulada y ampliada*.

Hoja de firmas