

"Cómo los médicos aprenden a ser médicos: la residencia en clínica médica del Hospital San Martín de La Plata."

Autor:

Pagnamento, Licia Liliana

Tutor:

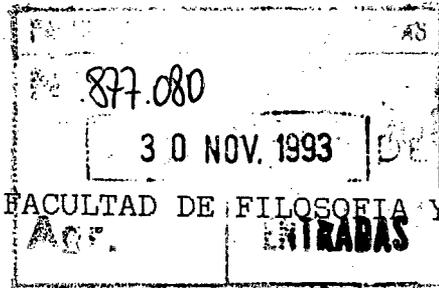
Margulies, Susana

1993

Tesis presentada con el fin de cumplimentar con los requisitos finales para la obtención del título Licenciatura de la Facultad de Filosofía y Letras de la Universidad de Buenos Aires en Ciencias Antropológicas

Grado

Tesis 6-5-3



Tesis
043
P139

UNIVERSIDAD DE BUENOS AIRES - FACULTAD DE FILOSOFIA Y LETRAS

TESIS DE LICENCIATURA
CIENCIAS ANTROPOLOGICAS

*"Cómo los médicos aprenden a ser médicos: la residencia en
clínica médica del Hospital San Martín de La Plata."*

1993

Autor: Licia Viviana Pagnamento.
L.U.: 51846/86

Directora: Lic. Susana Margulies.

Tesis 6-5-3

A Darío, Gustavo y Marta.

INDICE:

INTRODUCCION

CAPITULO I

1. PRIMERA PARTE.

-LA PRACTICA MEDICA.

- a) *LA PRACTICA MEDICA Y LA DIMENSION ECONOMICO-POLITICA.*
- b) *LA PRACTICA MEDICA Y LA DIMENSION IDEOLOGICA.*
- c) *EL CONTEXTO ARGENTINO.*

*-Políticas de Salud.
-El Hospital Público.*

2. SEGUNDA PARTE.

*-LA PRACTICA MEDICA CONSIDERADA COMO PROCESO DE TRABAJO. LA
RESIDENCIA MEDICA: UN PROCESO DE TRABAJO-FORMACION.*

CAPITULO II.

-LA RESIDENCIA MEDICA.

*El Hospital San Martín. Sala I de Internación, área de
Clínica Médica.
Los residentes de la Sala I.
Actividades de la Residencia.
Actividades de los Residentes en la Sala.*

CAPITULO III.

-EL "METODO" DE LOS RESIDENTES: LA CONSTRUCCION DEL PACIENTE.

*La organización del espacio.
El período de internación.
La Clínica Médica.*

CONCLUSIONES.

BIBLIOGRAFIA.

INTRODUCCION

El cirujano ausculta a los enfermos horas enteras (...) y he visto a esos enfermos morir precisamente del amor desdoblado del cirujano, de los largos diagnósticos, de las dosis exactas, del riguroso análisis de orinas y excrementos.

Se rodeaba de improviso un lecho con un biombo. Médicos y enfermeros cruzaban delante del ausente, pizarra triste y próxima, que un niño llenara de números, en un gran monismo de pálidos miles. Cruzaban así, mirando a los otros, como si más irreparable fuese morir de apendicitis o neumonía, y no morir al sesgo del paso de los hombres.

César Vallejo.

Este trabajo refiere algunas de las características que asume el ejercicio de la práctica médica en un Hospital Público, tomando un grupo de profesionales médicos que realizan una Residencia.

Los médicos residentes no sólo realizan actividades asistenciales, sino que éstas se inscriben en un conjunto de actividades docentes que en un tiempo y condiciones precisas los conducen a la obtención de un certificado de postgrado y su habilitación eventual posterior como especialistas.

Las actividades docentes, sin embargo, poco nos aclaran respecto del "todo" que se aprende en una residencia. Los médicos residentes, en el ejercicio cotidiano irán aprendiendo múltiples cosas: diagnosticar y dar un tratamiento; decidir la internación y la externación; encargarse de solicitar estudios en otras áreas y conocer la ubicación de estas; aprenderá a relacionarse con los pacientes, los enfermeros, los médicos de planta; ver a quién preguntar o no ante alguna duda; a comportarse y a hablar de determinada forma con el paciente; etc.

Este proceso además estará influido por los "ritmos" de un Hospital en el cual la norma es la falta de insumos, el deterioro del ámbito edilicio, la escasez de personal y los bajos salarios.

Debemos considerar entonces los aspectos asociados a la situación por la que atraviesa hoy el hospital, pero también aquellos que

determinan la práctica médica a nivel de los procesos económico-políticos e ideológicos en el contexto del desarrollo histórico del capitalismo.

La aparente heterogeneidad de aspectos que debíamos abarcar al abordar el ejercicio cotidiano de la práctica médica llevó a tratar de organizarlos construyendo un marco teórico que permitiera caracterizar su ejercicio.

En el capítulo I presentaremos nuestro marco teórico. Lo dividiremos en dos partes. En la primera parte abordaremos por un lado los procesos socioeconómicos, políticos, e ideológicos generales que desde una perspectiva histórica den cuenta de las características de la práctica médica.

Por otro lado analizaremos las políticas de salud implementadas para determinar las características de la actual situación de los Hospitales Públicos así como los elementos que permitan dar cuenta de las características del mercado de trabajo médico en nuestro país, lo cual nos permitirá entrever las características particulares que en el contexto argentino asume dicha práctica.

En la segunda parte del capítulo I definiremos la práctica médica como un "proceso de trabajo" particular, y propondremos considerar que en el caso de las residencias médicas se realiza conjuntamente un "proceso de capacitación". Pero no sólo entenderemos las "actividades docentes" como capacitación. La "formación" de un médico implica varios aspectos más, con lo cual proponemos considerar que existe un "proceso de trabajo-formación" (o formación trabajo). Esta aproximación no pretende ser exhaustiva, se trata más bien de aprehender el problema por medio de una propuesta tentativa.

En el capítulo II abordaremos las características particulares de la Residencia en la que se desarrolló el trabajo de campo: organización de actividades y sus características, las condiciones

materiales en que se ejerce la práctica médica, las condiciones de contratación de los médicos residentes, etc.

En el capítulo III nos detendremos en la "construcción del paciente", si bien esta construcción (en tanto "objeto" de la práctica médica) la encontraremos también en el capítulo anterior.

CAPITULO I

PRIMERA PARTE.

LA PRACTICA MEDICA Y LA DIMENSION ECONOMICO-POLITICA.

En este capítulo presentaremos un marco que dé cuenta de los procesos socioeconómicos y políticos generales que permiten caracterizar el ejercicio de la práctica médica, desde un análisis que considere el desarrollo histórico en el que se inscribe.

Esta instancia nos permitirá vislumbrar más adelante, las relaciones entre el desarrollo histórico de la práctica médica dentro del sistema capitalista y la situación particular del contexto argentino, así como las implicancias para los actores sociales involucrados en el proceso de prestación del servicio médico.

Hemos de recurrir principalmente a los análisis de E. Menéndez y H. Cordeiro. De ellos se recortarán solo aquellos núcleos que nos permitan considerar esta temática.

El análisis de E. MENENDEZ^[1] respecto del proceso de institucionalización del Modelo Médico, nos permitirá identificar las transformaciones de la medicina tanto a nivel organizacional como de los procesos económico-políticos e ideológicos a ella ligados. Este autor pone en evidencia algunas características de este proceso.

En primer lugar, la mercantilización de la práctica de la medicina: el capitalismo requiere la expansión del capital y la conversión de la mayoría de los bienes producidos en mercancías con lo cual la práctica médica será convertida en bien de cambio. Este proceso está unido a las etapas de desarrollo del capitalismo

[1] MENENDEZ, 1978: 29-32.

(acumulación primitiva, etapa del libre cambio y la etapa oligopólica) y a la construcción de la relación desarrollo-subdesarrollo.

En segundo lugar, estos fenómenos estructurales conducirán a la emergencia de un proceso de concentración monopólica estatal y/o privada de la apropiación de la enfermedad (tanto en lo referido a la atención como en los equipos y fármacos).

El desarrollo económico-político del sistema capitalista conducirá a que se produzcan modificaciones en las formas organizativas que asuman las actividades médicas. La práctica individual y privada dominante en el siglo XIX irá perdiendo su "dominancia" en la primera mitad del siglo XX con estos procesos de concentración y organización privada y estatal⁽²⁾. Estos procesos se generan a partir del concurso de intereses entre el Estado, la clase obrera y los dueños de los medios de producción; claro que los intereses no serán los mismos para ellos pero resultarán complementarios: será necesario contar con una organización contra la enfermedad que garantice tanto la reproducción como la productividad de la mano de obra.

Se plantea entonces la necesidad de una medicina pública que cumpla las funciones que el profesional privado no cubre, realizando acciones sobre el medio y actividades asistenciales.

"el desarrollo capitalista conducirá, en todos los contextos a la emergencia del submodelo corporativo público que tenderá a asumir las condiciones sociales y económicas de la atención médica, a proponer criterios de organización social de la prevención, y a opacar las relaciones de cambio dominantes en el área de salud. Será este desarrollo, junto con la emergencia ulterior del submodelo corporativo privado, los que harán surgir nuevos rasgos estructurales e incrementar tendencias secundarias del submodelo individual privado."⁽³⁾

En tercer lugar, una de las consecuencias de los cambios en la organización de la actividad médica es la sustitución de la

(2) MENENDEZ, 1990: 87-92.

(3) MENENDEZ, 1990: 92.

clínica como medio de trabajo para el profesional médico "sustituyéndola por el espacio hospitalario tecnificado y racionalizado" [4].

CORDEIRO considera que uno de los elementos que contribuyeron a desplazar la práctica autónoma es la incorporación de instrumentos de diagnóstico y terapia muy costosos tanto para adquirirlos como para mantenerlos a lo que se suma su rápida obsolescencia. Este proceso se enmarca en el hecho de que a partir de la Segunda Guerra hubo un gran desarrollo de la industria farmacéutica y de equipos médicos (sobre todo de instrumentos eléctricos y electrónicos). La incorporación de nuevos recursos tecnológicos requerirá la reestructuración de la medicina como práctica social y no sólo porque en virtud de los altos costos de adquisición estuvo vinculada a las unidades hospitalarias estatales y privadas, sino porque la propia utilización de estos nuevos recursos tecnológicos supone procedimientos, normas y rutinas que deben garantizar el máximo rendimiento de los equipos. Surgirán así nuevos sectores sociales encargados ya sea del manejo de los equipos, o su mantenimiento, como así también una organización institucional vinculada a la ubicación de los equipos (organización espacial), las normas para su uso, la capacitación del personal de salud en su utilización, etc.

Estas transformaciones propiciaron que la práctica médica concentrara las prácticas de diagnóstico y tratamiento en unidades hospitalarias estatales o privadas.

En cuarto lugar, la incorporación de éstas innovaciones tecnológicas se apuntala en aquellos caminos terapéuticos que nacen del desarrollo de especialidades y subespecialidades

médicas. El desarrollo de especialidades, como señala MENENDEZ⁽⁹⁾, se relaciona con tres factores: uno que remite a la dimensión ideológica y que consiste en la concepción del hombre como cuerpo-máquina, susceptible de ser tratado por partes. Otro tiene que ver con la emergencia de nuevos sectores sociales que "asumen la eficacia diferencial de la práctica médica": la medicina de especialidades crea diferencias en la atención dado que se ocupa de las enfermedades de los estratos sociales medios y altos sin tener el mismo interés por las de los trabajadores; la medicina de especialidades "permite ideologizar más aún las diferenciaciones sociales colectivas". Por último, el factor económico que remite a las posibilidades de extender la mercantilización.

CORDEIRO remarca que estos procesos no son el mero resultado de transformaciones y exigencias técnicas sino que:

"implica[n] el interés de grupos sociales y se traduce[n] en apoyos y oposiciones a las transformaciones de la práctica médica en el seno de la sociedad civil y del Estado"⁽¹⁰⁾.

Partiendo de esta premisa, analiza el caso de Brasil y demuestra el incentivo directo o indirecto que el Estado brindó al desarrollo de las empresas médicas privadas (complejo médico-empresarial).

En efecto los distintos papeles del estado y las políticas implementadas por éste se relacionan fuertemente con estos procesos de concentración monopólica señalados también por MENENDEZ. Este tema lo abordaremos más específicamente al detenernos en el caso argentino.

En quinto lugar, los procesos de concentración monopólica estatal y/o privada generan un proceso de inserción profesional y social

⁽⁹⁾ MENENDEZ, 1978: 38-39.

⁽¹⁰⁾ CORDEIRO, 1984: 300.

de los médicos que va "de una situación de pequeña burguesía a una situación de profesional asalariado"⁽⁷⁾.

En sexto lugar, la división social del trabajo médico se vincula con los procesos descriptos.

Debemos considerar, retomando las afirmaciones de MENENDEZ⁽⁸⁾, que la situación de dependencia de Latinoamérica implicará por un lado que la práctica médica así como las concepciones teóricas y el proceso de capacitación ("profesionalización") tomen, más o menos fielmente, los modelos de los países capitalistas hegemónicos, y por otro lado, que la posibilidad de realizar investigaciones o que se desarrollen ciertas áreas de especialidades va a estar directamente relacionado con el desarrollo de "la producción y productividad" de los países dependientes. Las posibilidades de la división técnica del trabajo médico ya sea en especialidades médicas como en la división clínica/investigación va a depender de estos procesos socioeconómicos.

Por otra parte, como señala CORDEIRO⁽⁹⁾, se produce una creciente división del trabajo entre trabajo intelectual y manual al interior de los "trabajadores intelectuales", lo cual lleva a una jerarquía de trabajos y una distribución desigual de poder que se concentra en aquellos trabajadores que posean un "mayor componente intelectual".

Según nuestro autor esta división social del trabajo se caracteriza por que:

a) el trabajo médico se divide en "actividades político administrativas de supervisión y control, y en actividades directamente ligadas a la prestación de atención médica"⁽¹⁰⁾. Estas últimas reproducen la división del trabajo en especialidades

(7) MENENDEZ, 1978: 32.

(8) MENENDEZ, 1978: 37.

(9) CORDEIRO, 1984: 296-297.

(10) CORDEIRO, 1984: 296.

generando un proceso de parcialización de la atención médica que para el usuario significa la necesidad de concurrir ante distintos especialistas y lo convierte en distintos "objetos de trabajo médico";

b) se produce "un proceso de calificación-descalificación del trabajo. En los segmentos descalificados se acentúa el carácter rutinario del proceso de trabajo y se intensifica la jornada laboral con remuneraciones más bajas"⁽¹¹⁾. Este proceso incluye la incorporación de la mujer en los segmentos menos calificados y de remuneración más baja;

c) la reproducción de la división social del trabajo influye en el "sector escolar", dado que se exigen nuevos títulos y certificados de posgrado (la residencia médica forma parte de este proceso);

d) el proceso de división del trabajo intelectual es acompañado por el desempleo de los grupos menos calificados que pasan a construir un "ejército de reserva intelectual", sobre todo de jóvenes que se encuentran en una situación de "desempleo camuflado" con trabajos temporales, clandestinos, o subcontratados en empresas o por médicos autónomos. Un ejemplo de esto es la residencia médica: constituye una forma de "desempleo camuflado";

e) la división del trabajo "intelectual" y "manual", se presenta no sólo en las diversas categorías de asalariados (médicos, técnicos, auxiliares) sino también en una misma categoría (médicos, supervisores-administradores, médicos especialistas, médicos de atención primaria, etc.).

⁽¹¹⁾ CORDEIRO, 1984: 296.

LA PRACTICA MEDICA Y LA DIMENSION IDEOLOGICA.

Considerar sólo la dimensión económico-política supondría un análisis parcial que no daría cuenta de la complejidad de los fenómenos abordados. Hemos de tomar, en consecuencia, otros elementos de análisis que nos permitan una caracterización más completa.

Proponemos considerar la dimensión ideológica, teórica y técnica de la práctica de la medicina principalmente en relación al desarrollo de sus definiciones, explicaciones y procedimientos en torno de la enfermedad y los "enfermos".

No intentaremos abordar las diferentes teorías, ni la totalidad de los autores y sus propuestas en relación a estos temas. Pretendemos a lo sumo indagar algunos aportes aunque distará de ser un abordaje exhaustivo del material teórico existente.

Un aporte fundamental ha sido desarrollado por E. MENENDEZ del Modelo Médico Hegemónico.

Recordemos en primer lugar que nuestro autor define el Modelo Médico Hegemónico (MMH) en los siguientes términos:

"Por Modelo Médico Hegemónico entendemos el conjunto de prácticas, saberes y teorías generadas por el desarrollo de lo que se conoce como medicina científica, el cual desde fines del siglo XVIII ha ido logrando dejar como subalternos al conjunto de prácticas, saberes e ideologías que dominaban en los conjuntos sociales, hasta lograr identificarse como la única forma de atender la enfermedad, legitimada tanto por criterios científicos como por el Estado."⁽¹⁾

En el proceso de desarrollo del capitalismo se construirá la hegemonía de un modelo médico frente a otros (léase el Modelo Médico Alternativo Subordinado y el Modelo de Autoatención). Este proceso se hace posible en tanto "la organización social, ideológica, y económico política del sistema", es decir aquella que no sólo incumbe a la práctica médica sino al sistema todo, ha

⁽¹⁾ MENENDEZ, 1990: 83.

tendido a subordinar al Modelo Médico los otros saberes y prácticas⁽²⁾.

Al considerar el proceso de institucionalización del Modelo Médico, MENENDEZ parte de cuatro niveles de análisis: económico-político; institucional; el de la práctica médica y el ideológico, y propone analizar el nivel de la práctica médica a través de tres ejes que son los que tomaremos como punto de partida: la teoría médica, el proceso de profesionalización y la práctica en sí.

1. La teoría médica.

MENENDEZ señala que la teoría médica se encuentra dominada por el empirismo positivista y por concepciones vitalistas y biologists. El análisis de H. BERLINER acerca del Informe de Flexner pretende precisamente poner en evidencia esta tendencia hacia el dominio de la concepción científica positivista dentro de la teoría y la práctica médica, definidas por éste autor en términos de "paradigma":

"Sería de utilidad caracterizar o designar a la medicina científica en tanto un paradigma, en el sentido del término de Kuhn, y calificar los eventos que circundan al informe de Flexner como la instrumentación de este nuevo paradigma"⁽³⁾

Si bien el Informe de Flexner es concebido en el ámbito de la sociedad norteamericana entre 1890 y 1910 y su trabajo condujo a grandes cambios dentro de la medicina de ese país, no puede ser circunscripto a este único contexto y no sólo por su influencia en otros países. Su importancia radica en que este informe plantea una serie de recomendaciones que apoyan el éxito de una nueva forma de concebir la medicina (basada en la ciencia positivista); en este sentido explicita una "visión" que será hegemónica y que hoy por hoy sigue presente.

Señala BERLINER⁽⁴⁾ que los cambios que aparecen se manifiestan con mayor claridad en lo referido a la concepción del cuerpo humano, a

⁽²⁾ MENENDEZ, 1990: 84.

⁽³⁾ BERLINER, 1988: 335.

⁽⁴⁾ BERLINER, 1988: 335-336.

la forma en que se estructura la investigación y al área de las terapéuticas y los diagnósticos.

La imagen del cuerpo humano como un organismo único e integrado fue crecientemente sustituido, con la medicina científica, por una concepción del cuerpo que lo considera en términos de sistemas⁽⁵⁾. Con la especialización se pone énfasis en los sistemas u órganos excluyendo la totalidad del cuerpo.

La ciencia médica rechazará la idea de causalidad social de la enfermedad. Lo social será considerado no científico y la investigación excluirá esta dimensión, estructurándose alrededor de la patología y la anatomía patológica.

En cuanto al diagnóstico y la terapéutica, éstas se estructuran alrededor de la concepción del cuerpo como máquina. Este modelo del cuerpo-máquina (indudablemente relacionado con sistema económico capitalista en el que la forma de producción se basa en la utilización de máquinas) permitirá construir una "normalidad" basada en cálculos estadísticos que abonará la concepción de enfermedad como entidad universal y del paciente como separado de la sociedad.

La exclusión de la dimensión social no siempre fué la regla. Durante el siglo XIX, los problemas de salud pública vinculados a la Revolución Industrial y los conflictos sociales a ella asociados generaron análisis y propuestas en los que la dimensión

⁽⁵⁾ Señalemos que no es tanto 'un conjunto de sistemas sin vinculación', se trata más bien de considerar al cuerpo como un sistema completo, formado por subsistemas (órganos) que funcionan en interrelación, pero que a la vez al constituir subsistemas son susceptibles de ser tratados como sistemas con cierta independencia respecto del conjunto. Su relación con el todo, no excluye su independencia. Con la "especialización" se marca la relevancia de la independencia, en detrimento de su relación con el conjunto. Las partes pueden ser separadamente tratadas, igual que una máquina en la que se repara cierta parte para que funcione el conjunto. El cuerpo humano no es considerado como un organismo único, sino como un sistema formado por subsistemas, cada uno de estos subsistemas entrelazados forman el todo.

social tenía relevancia; podemos pensar por ejemplo en los trabajos de J. SNOW respecto del cólera en Inglaterra⁽⁴⁾ o como señala LIEBAN:

"El interés en las dimensiones sociales y culturales de la enfermedad alcanzó su "momento" en occidente durante el siglo XIX, y fue estimulado entonces por los problemas de la salud pública asociados a la Revolución Industrial (Dubos:1959). Este fue un período de desarrollo muy importante dentro de la medicina social, dirigido por figuras como VILLERME en Francia y VIRCHOW en Alemania (Dubos:1959/1965; Rosen 1963). Virchow y otros concebían a la medicina como una ciencia social, no solo en un sentido básico sino también aplicado"⁽⁷⁾

Hacia fines del siglo XIX la medicina cambia este enfoque y concentra su atención "en las causas inmediatas de la enfermedad, tales como el efecto de los microbios en el tejido del cuerpo"⁽⁸⁾

Entonces la enfermedad se plantea como un fenómeno biológico donde la causa se encuentra en agentes microscópicos (bacterias, microbios, etc), pertenece al orden de la naturaleza y las interpretaciones médicas se desarrollarán en este ámbito apoyándose en las "ciencias exactas": química, física, biología.

Señala NAVARRO:

"...la interpretación mecanicista de la medicina fue construida sobre conocimientos previamente generados(...) Pero será erróneo considerar a la medicina científica como una simple evolución lineal que comenzó con esos descubrimientos previos. Esos conocimientos no condujeron ni crearon a la medicina científica. Se trata más bien de la victoria de la burguesía industrial que estableció esa concepción positivista de la ciencia y la medicina."⁽⁹⁾

El positivismo se halla indiscutiblemente unido al desarrollo de la burguesía en el siglo XIX en un contexto de intensa lucha de clases y frente a un abanico ideológico-político que posibilitó, como hemos visto, la aparición de una concepción de la medicina asociada a los conflictos sociales y con propuestas de acciones concretas del Estado en materia de Salud Pública. Esta concepción

⁽⁴⁾ Ver COSTA y COSTA, 1989.

⁽⁷⁾ LIEBAN, 1992: 1.

⁽⁸⁾ LIEBAN, 1992: 1.

⁽⁹⁾ NAVARRO, 1982: 89.

respondía a los intereses de la burguesía tanto como de la clase obrera que aunque contradictorios resultaban complementarios.

2. La profesionalización.

Señala MENENDEZ que la formación técnica profesional, se organiza a fines del siglo XVIII y principios del XIX, acompañando el ascenso de los sectores burgueses y pequeño burgueses que exigen una eficacia profesional cada vez más diferenciada. Estos sectores sociales y el proceso académico van exigiendo condiciones técnicas a los médicos (el título comienza a ser una exigencia).

Este proceso se da inicialmente en los países europeos alrededor de principios del siglo XIX. Por ejemplo, en Inglaterra se introducen entre 1830 y 1860 profundos cambios en la formación de los médicos. En EE.UU. este proceso ocurre más tarde, a principios del siglo XX y en él (como señala Berliner) el Informe de Flexner juega un importante papel; a pesar de este "retraso" inicial en la década del '30 no sólo se equipara con la medicina europea sino que "comienza a convertirse en hegemónica"⁽¹⁰⁾.

Los países dependientes tendrán un proceso de profesionalización dependiente; en Latinoamérica se aplicará primeramente el modelo europeo y luego será reemplazado por el modelo de medicina norteamericano.

Los lugares en que se desarrolla el proceso de profesionalización son la Universidad y el Hospital.

"Como sabemos el Hospital ha sido el lugar donde los médicos han aprendido y aprenden la práctica de su profesión; es el lugar de aprendizaje de entrenamiento, y de ejercicio que a través del ensayo y error permite asumir la 'responsabilidad de la atención privada'"⁽¹¹⁾.

Como señala MENENDEZ⁽¹²⁾, estas instituciones expresan la estratificación social como un fenómeno normal desconociendo las

⁽¹⁰⁾ MENENDEZ, 1978: 36.

⁽¹¹⁾ MENENDEZ, 1978: 33.

⁽¹²⁾ MENENDEZ, 1978: 33.

diferencias sociales en las que se asientan. Si bien han surgido experiencias (México, Inglaterra) que intentan disolver las condiciones de clase de la medicina hospitalaria, no es un proceso que se dé en la mayoría de los países capitalistas y el Hospital sigue siendo el espacio al que acuden "pacientes de segunda clase"⁽¹³⁾.

Esta situación es asumida como "normal" tanto para los pacientes como para el personal de salud. El hospital público desde un principio fue el espacio al que acudía la población trabajadora. A partir de la década del '40 y fundamentalmente en la década del '60 varias investigaciones hicieron hincapié en las consecuencias negativas del hospital: podía enfermar o retardar la curación, se señalan las características represivas, restrictivas y discriminatorias. Por su parte, el proceso de concentración monopólica condujo a acentuar la despersonalización y burocratización en la relación médico-paciente. Los intentos superadores se basaron en considerar la dimensión psicológica actuando sólo a nivel reparatorio sin identificar ni modificar los determinantes reales.

Continuando con el tema de la profesionalización, uno de sus elementos se refiere a la investigación. Hasta alrededor de 1930 estaba presente sólo en algunos países e involucraba a una minoría del conjunto de los médicos. Se centraba en la bacteriología y la mayoría de la investigación era clínica. A partir de este período aumenta constantemente la investigación separada de la clínica. Este proceso supone el mantenimiento de los caracteres básicos del Modelo Médico, con lo cual "se fomentará la formación biologista, empirista, pragmática, mercantil. Esto se evidenciará en el desarrollo de las especialidades médicas, donde algunas áreas

(13) MENENDEZ, 1978: 33.

prácticamente no fueron tocadas por la propia profesión"⁽¹⁴⁾. Un ejemplo claro en este sentido lo constituyen las enfermedades que son producto de la explotación en el trabajo. Las especialidades se centran en las enfermedades de los sectores de clase alto y medio y que también pueden incluir los trabajadores, pero no se desarrollan las que involucren solo a éstos.

3. La práctica médica en si.

A nivel de la práctica médica se produce un proceso de pérdida de hegemonía de la clínica. Este proceso se relaciona con el desarrollo de la investigación médica que comienza a ponderar algunas de las características del MM en detrimento de otras. La forma en que se estructuran los núcleos de interés de la investigación será paulatinamente tomada como paradigma de la práctica de la medicina con lo cual paralelamente se desarrollará un proceso de descalificación de la clínica.

Los fundamentos del desarrollo masivo de la investigación se hallan en varios factores: por un lado se encuentran las determinaciones a nivel teórico-práctico y las demandas objetivas de la población; junto a ellas y como determinantes básicos se encuentran la necesidad de producir salud en función de las necesidades directas e indirectas de la productividad y la creciente posibilidad de apropiación de plusvalía a través de la industrialización de la salud. Por otro lado, el desarrollo de la investigación supondrá potenciar algunos elementos constitutivos del MM. La concepción empirista positivista supone asumir implícitamente varios supuestos:

"la indiscutibilidad de la objetividad; la negación de la incidencia de factores ideológicos, políticos y sociales en la investigación; la negación de la incidencia de factores institucionales en la investigación; la cosificación del objeto de investigación que supone implícitamente la despersonalización, la pasividad, la ahistoricidad del mismo; la neutralidad respecto del objeto, lo que crea junto con los

⁽¹⁴⁾ MENENDEZ, 1978: 38.

otros factores una concepción burocrática e irresponsable de la enfermedad y del enfermo" (15)

La enfermedad aparece abstraída tanto de la situación social como de la situación clínica y los resultados de la investigación llegan al médico a través de "indicadores generales, estadísticas e información indicativa, no analítica y cargada de importancia diferencial".

"La práctica clínica no sólo se descalifica por un deterioro objetivo del proceso de aprendizaje, se descalifica por un proceso de subordinación tácito. Los elementos clínicos en los cuales aparecían depositados los elementos 'personales', 'psicosociales' y sociales generados en la relación médico-paciente pasan a desaparecer cada vez más en la práctica" (16).

4. Los caracteres del Modelo Médico Hegemónico.

"...Todos los caracteres descriptos [en el análisis del Modelo Médico] se expresan ideológicamente en la práctica médica y en la cotidianeidad de los conjuntos sociales estratificados donde esta práctica opera directa o indirectamente". (17)

Los caracteres estructurales del Modelo Médico son:

"a) biologismo; b) concepción teórica evolucionista/positivista; c) ahistoricidad; d) asocialidad; e) individualismo; f) eficacia pragmática; g) la salud/enfermedad como mercancía (en términos directos o indirectos); h) orientación básicamente curativa; i) concepción de la enfermedad como ruptura, desviación, diferencia; j) práctica curativa basada en la eliminación del síntoma; k) relación médico/paciente asimétrica; l) relación de subordinación social y técnica del paciente, que puede llegar a la sumisión (institución psiquiátrica); m) concepción del paciente como ignorante, como portador de un saber equivocado; n) el paciente como responsable de su enfermedad; o) inducción a la participación subordinada y pasiva de los "consumidores" de acciones de salud; p) producción de acciones que tienden a excluir al "consumidor" del saber médico; q) prevención no estructural; r) no legitimación

(15) MENENDEZ, 1978: 38.

(16) MENENDEZ, 1978: 43.

(17) MENENDEZ, 1978: 44-45.

científica de otras prácticas; s) profesionalización formalizada; t) identificación ideológica con la racionalidad científica como criterio manifiesto de exclusión de otros modelos; u) tendencia a la medicalización de los problemas; v) tendencia inductora al consumismo médico; w) predominio de la cantidad y lo productivo sobre la calidad; x) tendencia a la escisión entre teoría y práctica, correlativa a la tendencia a escindir práctica médica de la investigación médica."⁽¹⁶⁾

MENENDEZ señala que "el rasgo estructural dominante es el biológismo"⁽¹⁷⁾. Es, como se ha dicho, el que garantiza la científicidad del modelo y subordina en términos metodológicos e ideológicos a los otros niveles explicativos. La enfermedad es identificada en términos biológicos, en éstos se encuentra la causa, desconociéndose las relaciones sociales que "muy posiblemente determinan lo fenoménico de la enfermedad"⁽²⁰⁾.

Para la práctica médica la enfermedad es un hecho natural, biológico, y no un hecho social e histórico. La epidemiología, si bien utiliza series históricas, éstas son de corta duración con lo cual refuerza la idea de que la biología no tiene historia.

La asocialidad se refiere a que lo social es una dimensión que la práctica médica no reconoce en sí misma. La práctica médica puede incorporar lo social por ejemplo en los planes de estudio, pero si bien puede haber un reconocimiento manifiesto ello no implica que lo aplique a sí misma. Tanto la formación como la investigación médica aparecen atravesadas por procesos sociales que no reconoce. Por ejemplo, la desigualdad social está presente dentro de la práctica médica desde que se inicia el proceso de aprendizaje: actúa sobre "cuerpos muertos y vivos de personas pertenecientes a estratos subalternos"⁽²¹⁾.

⁽¹⁶⁾ MENENDEZ, 1990: 87.

⁽¹⁷⁾ MENENDEZ, 1990: 96/99.

⁽²⁰⁾ MENENDEZ, 1990: 98.

⁽²¹⁾ MENENDEZ, 1990: 98.

Por otro lado, aún en el momento en que entra en crisis el MM y lo social disrumpe, será lo "psicológico" lo que emergerá como factor explicativo⁽²²⁾. La negación de los procesos sociales por parte del MM, no significa que estos no puedan ser tomados en cuenta:

"la institucionalización y mantenimiento del MM requiere de un continuo proceso de reconocimiento/ desconocimiento de lo social. Este proceso de reconocimiento es casi siempre asumido cuando el modelo halla sus límites en su eficacia, sobre todo en los niveles aplicativos; pero dicho reconocimiento se asume para en lo posible desconocerlo a través de la negación o de la reabsorción".⁽²³⁾

Hacia la década del '60 "se generan y emergen hechos sociales generales y procesos de la propia actividad médica que cuestionan la legitimidad del modelo"⁽²⁴⁾. Las críticas surgen en un principio en los países centrales y luego en los dependientes. En el caso de América Latina los principales indicadores de la crisis son:

"a) el estancamiento en el descenso de las tasas de mortalidad en la década de los '60 y la persistencia de muertes "evitables" en el perfil epidemiológico; b) el mantenimiento, y en algunos contextos, el incremento del problema del hambre articulado con la reducción de la lactancia materna previamente inducida por el Sector Salud; c) luego de casi dos décadas de contención y limitación del paludismo, incremento de las tasas de morbilidad a partir de fines de la década de los setenta; d) continuo incremento de la mortalidad por accidentes que en la mayoría de los países pasa a ser parte de las primeras cinco causas de muerte; e) mantenimiento e incremento de la mortalidad por homicidio, que colocan a América Latina en un lugar comparativamente destacado dada la notable incidencia de la misma sobre los jóvenes y adultos menores de 35 años; f) incremento continuo de la drogadicción; lo mismo puede decirse del alcoholismo con el agravante de que éste directa o indirectamente constituye una de las causales de muerte de mayor incremento; g) incremento de viejos problemas que aumentan su virulencia, en particular tuberculosis pulmonar y enfermedades venéreas; h) crisis de financiamiento de los diversos sistemas de seguridad social,

⁽²²⁾ MENENDEZ, 1978: 16.

⁽²³⁾ MENENDEZ, 1978: 17/18.

⁽²⁴⁾ MENENDEZ, 1978: 23. Entre los primeros el autor señala por ejemplo el problema de la desnutrición, y entre los segundos la disminución de la mortalidad durante varias huelgas médicas o el caso de Cuba en que luego de la Revolución disminuye notablemente el número de médicos y sin embargo mejora la situación de salud.

cuyas expresiones más notorias son Argentina y Uruguay; i) el agravamiento de problemas de infraestructura básica que asegure condiciones mínimas de salubridad. Los sistemas de drenaje, de aprovisionamiento de agua potable, de control de basuras y de contaminación se deterioran colocando a varias ciudades de Latinoamérica entre aquellas con mayores posibilidades de "colapso humano". "(25)

Las críticas al Modelo Médico Hegemónico y las propuestas planteadas, pertenecen a diferentes orientaciones teórico/ideológicas que se pueden agrupar en: a) las generadas dentro del MMH, que proponen la implementación de prácticas preventivistas (por ejemplo el impulso a la atención primaria de la OMS y la UNICEF durante los '70 y '80); b) desde una posición "anticientífica" (radicalizada y reaccionaria) se busca la recuperación de la medicina popular; c) desde una perspectiva económica neoliberal se ataca el aumento de los costos y se propone una revisión de la orientación del MMH en términos de costo-beneficio (es una de las críticas con mayor éxito tanto político como ideológico); d) desde una perspectiva radical se han desarrollado propuestas que van desde el reforzamiento de una atención primaria en manos del Estado hasta las experiencias más radicalmente autogestionarias. (26)

(25) MENENDEZ, 1990: 113.

(26) MENENDEZ, 1990: 113/114.

EL CASO ARGENTINO:-POLITICAS DE SALUD.

Como señalamos al comienzo del capítulo abarcar las condiciones en que se ejerce la práctica médica nos lleva a considerar las políticas de salud implementadas en nuestro país con el objetivo de señalar con mayor precisión las implicancias que estas tienen respecto del sistema público de atención médica y para los actores sociales involucrados en el proceso de prestación del servicio médico.

Debemos en primer lugar definir qué entendemos por políticas sociales dado que dentro de éstas se incluyen las políticas implementadas en el sector salud.

Como señala TOPALOV "el capitalismo crea la necesidad de equipamientos colectivos de consumo y al mismo tiempo, limita cuantitativamente y cualitativamente su producción"; de esta manera el Estado provee escuelas, viviendas, hospitales, etc., cumpliendo la función de redistribuir una parte del producto social que asegura el mantenimiento y la reproducción de la fuerza de trabajo⁽¹⁾.

En el contexto de estas funciones se ubican las políticas sociales, que como señala FLEURY TEIXEIRA "son resultado de las relaciones contradictorias que históricamente se establecen entre capital y trabajo, mediadas por el Estado"⁽²⁾.

Si consideramos al Estado como una "correlación de fuerzas que abarca la sociedad como un todo"⁽³⁾, éste en sí contendrá la división de clases y el proceso de lucha que históricamente se genera y forma parte constitutiva del sistema capitalista.

Pero además debemos subrayar que el Estado se encuentra en "proceso de construcción permanente como parte de su relación con

(1) TOPALOV, 1979: 39-40.

(2) FLEURY TEIXEIRA, 1987: 48-76.

(3) BELMARTINO y BLOCH, 1985: 6.

las fuerzas sociales" en el que pueden identificarse momentos de "rupturas" en los que se "redefinen sus patrones en relación con diferentes sectores de la sociedad". El Estado "no antecede a los sujetos sino que es él mismo conformado en la interacción con ellos" (4).

A su vez el Estado no debe ser comprendido únicamente como la "cristalización específica del poder político en el aparato institucional estatal, responsable por la administración de las políticas públicas y por la represión institucionalizada y legitimada" dado que lo político se encuentra constituido también por las relaciones de poder que trascienden el aparato estatal (5). Como señala FLEURY TEIXEIRA, si lo político deja de ser identificado con lo estatal, es posible incluir dimensiones como cultura, normatividad social, etc, que forman parte de la construcción de las estructuras de poder y que se deben considerar a la hora de analizar los "mecanismos de dominación". El Estado puede ser visto entonces en forma más "comprehensiva, en la cual las dimensiones de coerción y violencia no excluyen su papel pedagógico en la formación de inter-subjetividades" (6).

-EL CASO ARGENTINO.

De acuerdo al análisis de BELMARTINO y BLOCH (7), en la Argentina se han sucedido desde la década del '40, tres modelos de políticas de salud que se relacionan con la implementación de estrategias de desarrollo avaladas por proyectos políticos que implicaban distintos "modelos de sociedad": el "proyecto populista" de la década del '40, el "modelo desarrollista" de las décadas del '50 y '60 y el "modelo autoritario" de la década del '70.

(4) FLEURY TEIXEIRA, 1991: 8-9.

(5) FLEURY TEIXEIRA, 1991: 9.

(6) FLEURY TEIXEIRA, 1991: 8.

(7) BELMARTINO y BLOCH, 1985.

En la década del '40 una vez que el peronismo se afirma en el poder y a partir de las políticas sociales implementadas desde el aparato estatal, el aumento de la fuerza de trabajo ocupada en el sector secundario y terciario y el desarrollo de la organización obrera sindical, se producen importantes transformaciones en el sistema de atención médica.

Hasta ese momento su organización estaba polarizada entre un importante sector privado al que acudían sectores con alta capacidad de pago y en el otro extremo quienes no podían pagar una medicina de este tipo y acudían a "los servicios organizados por la beneficencia y el sector público"⁽⁸⁾.

El gobierno peronista plantea la necesidad de modificar el sistema de atención fundamentalmente afirmando la responsabilidad del Estado como garante de la salud de la población y su derecho a un acceso igualitario a la atención médica. Se crea el Ministerio de Salud y se sientan las bases para organizar el Sistema de Seguridad Social, a la vez que comienza a vislumbrarse una contradicción entre el proyecto de Carrillo (sistema de servicios de salud totalmente en manos del Estado) y las organizaciones sindicales. Las organizaciones sindicales comienzan paulatinamente a transformar sus mutuales en obras sociales dada su capacidad de financiamiento a través del aporte patronal o concesiones obtenidas en las negociaciones colectivas u otorgadas por el Estado. El proyecto de Carrillo (dominante en el resto de América Latina) entra en contradicción con la lucha sindical que tendía a adoptar el modelo de atención médica de las clases privilegiadas rechazando el Hospital Público tradicionalmente asociado a la caridad para el indigente. La ubicación de los grupos sindicales en el esquema de poder dio las condiciones para imponer su

⁽⁸⁾ BELMARTINO y LOCH, 1985: 8.

elección en la definición del modelo de cobertura de atención médica.

A partir de la década del '50, cuando la crisis del sector de exportaciones marca los límites del crecimiento autónomo, aparece una nueva propuesta de integración con el mercado mundial: el desarrollismo. Promueve la apertura al capital extranjero que permitiría mediante sus inversiones eliminar el subdesarrollo y lograr un crecimiento autosostenido. El Estado queda relegado al papel de orientador o director encargado de crear condiciones favorables para la actividad privada. Dentro de este modelo se promueve la medicina privada para una demanda solvente mientras que el Estado se limita a la cobertura del "indigente médico". Se apela a la racionalidad técnica tanto en relación a la capacitación de personal como a la administración hospitalaria, buscando la optimización del uso de los recursos disponibles. Se incorpora una capa tecnoburocrática en los organismos estatales que actúan como vínculo entre éstos y las empresas privadas. En 1970 se sanciona la ley de Obras Sociales que instituye un modelo de cobertura de salud organizado a partir de un sistema profesional múltiple bajo control de los sindicatos. Así se afirma tanto el poder de convocatoria y negociación de los sindicatos, como se garantiza una demanda solvente al sistema privado. La ampliación del sistema de cobertura médica a toda la población trabajadora (sumando a sus familiares y el sector pasivo), apuntaló la medicina privada caracterizada por una atención predominantemente curativa y por la utilización de tecnología sofisticada de muy alto costo (y no probada eficacia) que han sido incentivo para la sobrepráctica.

Ahora, tomando el análisis de BELMARTINO-BLOCH y otros autores, proponemos profundizar los lineamientos "modelo" aplicado a partir

de la década del '70 y considerarlo como punto de partida de un proceso que bajo las propuestas de corte neoliberal llegan a abarcar la actualidad.

En el ámbito de América Latina a partir de la crisis de la década del setenta se profundizan las contradicciones de las décadas anteriores. La internacionalización de la economía se acentúa a través de la penetración del capital internacional tanto en el sector comercial e industrial como en los sectores financiero y agrícola. La deuda externa llega a triplicarse a lo cual se suma la disminución del crecimiento económico^[9].

En el caso específico de Argentina, de acuerdo al planteo de BELMARTINO y BLOCH^[10], a partir de la década del setenta la coyuntura de recesión económica agudiza las características de la política de desarrollo capitalista puesta en práctica a partir de los años '50. Con la intervención del poder militar se excluye toda posibilidad de crear un consenso y la clase dominante logra la exclusión de los sectores populares. Los contenidos de la ideología de la clase dominante plantean que la causa de la crisis es la intromisión del "Estado de Bienestar" que sustentó la creencia de poder mejorar la sociedad cuando ésta en realidad es un orden autorregulado en el que las desigualdades serían inevitables dada la diferente adaptación de los individuos a las leyes del mercado. A esta ideología liberal se unen por un lado, componentes conservadores que resaltan la necesidad del control del individuo, una familia con lazos estrechos y la observancia de la religión, que permitirían lograr una sociedad integrada eliminando las tendencias a la disgregación que reposan en "las apetencias individuales"; y por otro lado, la ideología de la modernización tecnocrática que aporta la idea de la importancia de la racionalidad técnica que, como componente neutro y apolítico,

[9] FASSLER, 1979: 154.

[10] BELMARTINO y BLOCH, 1985: 6-23.

tiene para el orden social (el accionar del Estado no se presenta como político sino básicamente como administrativo).

Dentro de este espectro ideológico en el área de salud priman los elementos liberales y tecnocráticos que apoyan el desmantelamiento de los servicios sociales en manos del Estado y su traspaso a la actividad privada (a partir del '70 se expande considerablemente la medicina empresarial privada).

La actividad del Estado se contrae en la prestación de servicios: el presupuesto destinado a salud se reduce considerablemente, baja del 6% en 1975 al 2,5% en 1983 mientras que Defensa y Seguridad captan el 40% del gasto total del Estado. Esto conducirá a un deterioro cada vez mayor de los servicios e instalaciones del sector público, menores recursos humanos y materiales y arancelamiento.

Los servicios estatales de salud deben hacer frente con recursos disminuidos a una demanda creciente dada por la transformación del aparato productivo y la crisis de la seguridad social. De la mano de la crisis económica y las políticas neoliberales surgen transformaciones en el mercado de trabajo: disminuye en número la población asalariada, crece el subempleo, desempleo y el número de trabajadores por cuenta propia. La pérdida de la relación de dependencia implica la no cobertura de las obras sociales.

El sistema de cobertura social constituido principalmente por las obras sociales recibió el embate de la situación en el área de la producción y el objetivo por parte de los militares de debilitar las organizaciones populares, lo cual llevó a la intervención de las obras sociales y la canalización de parte de sus recursos financieros hacia otras áreas consideradas prioritarias.

Los porcentajes de la población con cobertura social de atención médica se reducen en la actualidad al 65% contra el 80% de 1975. En los servicios de salud estatales hay un incremento de la clientela debido a estas transformaciones.

Quienes no tienen obra social y aquellos que si bien la tienen no pueden cubrir el pago de cosegueros pasan a incrementar la clientela de los servicios de salud estatales.

Este cuadro no es exclusivo de Argentina, forma parte de una situación de la que participa toda Latinoamérica. Como señala CLARA FASSLER^[11] en 1972 en la Tercera Reunión de Ministros de Salud de las Américas se plantea la necesidad de racionalizar el sistema de atención médica y lograr la cobertura de aquellos sectores que no acceden a los servicios de atención de la salud. Para extender la cobertura se propone:

"una medicina simplificada básicamente destinada a los sectores excluidos o insertos eventualmente en la producción. Atención de baja complejidad realizada por personal intermedio o por la población, malamente remunerada o gratuita, lo que permite abaratar costos. Forma de práctica paralela en los hechos a la atención hospitalaria que, si bien cumple deficientemente con la finalidad de mejorar la atención sirve a los fines de mediatización social, y contribuye a aumentar el mercado para la realización de medicamentos, incorporando al consumo de ellos a la población marginal, rural y urbana"^[12].

La crisis económica que a nivel mundial se produce a partir de la década del setenta tiene especiales consecuencias en los países de América Latina dada su situación de dependencia respecto de los países centrales en el marco de la inserción en la división internacional del trabajo. Su situación se ve agravada, por la deuda externa y las políticas neoliberales que se están implementando; "con lo cual se generan graves consecuencias sociales"^[13].

En el contexto argentino de recesión económica, las políticas neoliberales afectan no sólo el ingreso, empleo y condiciones de vida, sino que también, al restringir el gasto público en materia de servicios y en especial en el área salud, se afecta la calidad

[11] FASSLER, 1979: 155-156.

[12] FASSLER, 1979: 156.

[13] BELMARTINO y BLOCH, 1985: 5.

de los mismos y la posibilidad real de atender una demanda creciente.

Este modelo de atención excluyente refleja tanto las desigualdades sociales del sistema capitalista como los crecientes grados de exclusión que se generan frente al actual proyecto político neoliberal cuyos objetivos en el sector Salud no tienen en cuenta ni la situación real del sistema prestador en su conjunto ni las necesidades y problemáticas de los conjuntos sociales a los que en teoría debería responder.

El ajuste se plantea en relación a explicaciones y modalidades de acción que plantean un fuerte reduccionismo tecnoeconomicista que apunta a un "saneamiento" de la economía nacional primando la reducción del déficit fiscal y el cumplimiento de las obligaciones nacidas de la deuda externa.

Como señalan LERNER y RAGGIO^[14] el neoliberalismo formula una crítica, sin fundamentos sólidos, a la intervención del Estado, fundamentalmente atacando tres puntos: 1) que los servicios colectivos organizados en base a los principios de universalidad y gratuidad promueven una "demanda ilimitada" que lleva a un sobredimensionamiento; 2) este sobredimensionamiento requiere de infraestructuras costosas con lo cual constituyen una de las principales causas del déficit fiscal del Estado; 3) se generan instituciones de política social burocratizadas y que defienden intereses particulares.

Respecto del primero las autoras señalan que contrariamente a este planteo la diferenciación, fragmentación y desigualdad son las características de las políticas sociales dado que reproducen las desigualdades sociales. Dan cuenta de ello los índices de alfabetización (un tercio de la población no completa el ciclo primario); el sistema previsional abarca el mercado formal de

[14] LERNER y RAGGIO, 1991: 40-44.

trabajo quedando fuera un gran grupo (cerca del 30%) que no aporta al sistema con lo cual carecen de cobertura; las obras sociales cubren sólo a los asalariados formales y su grupo familiar (en la actualidad cubren cerca del 55%).

Respecto del segundo afirman que el gasto social ha caído. No es el gasto social la causa de la crisis fiscal del Estado, lo que en realidad se produjo fue una gran transferencia de recursos hacia los acreedores externos y el capital privado.

Finalmente respecto del tercer punto señalan que la burocratización no es sino un producto de la complejización y centralización del Estado y que los grupos de presión y sus intereses particulares a los que se hace referencia (específicamente los sindicatos) constituyen un argumento parcial que oculta los intereses empresarios centrados en no alterar la regresiva estructura tributaria que los favorece o en fomentar la privatización de instituciones estatales.

A este planteo podríamos agregar que, como señalan KATZ y MUÑOZ⁽¹⁵⁾, en el caso de los servicios de salud, la "demanda del consumidor" entendida en el sentido convencional (libre elección del individuo), es irreal por varios motivos. El consumidor tiene información imperfecta sobre el conjunto de variables que afectan su salud (no existe el set de posibilidades que debe presentarse para plantear la libre elección); mejorar el nivel de salud y la esperanza de vida de una comunidad puede no tener relación directa con la atención médica (por ejemplo contar con agua potable); la atención de salud generalmente demandada es restauratoria, más costosa que la atención primaria, además de que el demandante no decide la compra de un servicio sino que lo suele decidir el médico⁽¹⁶⁾. Si se considera la esfera de la oferta de servicios de

⁽¹⁵⁾ KATZ y MUÑOZ, 1988: 9-11.

⁽¹⁶⁾ Estos tres motivos no solo competen al demandante sino que de ellos también participa el médico. KATZ y MUÑOZ, 1988: 9-11.

salud también se encuentran varias razones por las que el mercado fracasa como regulador. La atención de la salud demanda bienes y servicios de diversos prestatarios (servicios médicos, sanatoriales, fármacos, etc). Cada uno de estos sectores presenta una morfología de mercado particular relacionada con diversos factores como el proceso de cambios tecnológicos, las formas particulares de organización y división social del trabajo, grupos económicos con diferente capacidad de presión y de "lobby" político. En conjunto llevan a que "el oligopolio con diferenciación del producto y la formación de precios bajo condiciones de competencia imperfecta constituyan las tipologías de mercado que prevalecen"⁽¹⁷⁾

-EL HOSPITAL PÚBLICO.

Convengamos que, como señalan KATZ y MUÑOZ⁽¹⁸⁾, el sector público actúa en distintos niveles (nacional, provincial y municipal) y dedicado a varias funciones. Si maneja un Hospital por ejemplo actúa como prestador directo de servicios de salud. Si se ocupa de la normatización, acreditación y fiscalización de las prestaciones del sector privado, actúa como agente de regulación. Opera como ente de financiamiento al destinar parte del presupuesto nacional a cubrir gastos de salud. Otras funciones que cumple se refieren a impartir estudios de medicina, a llevar a cabo vigilancia bromatológica, distribución de vacunas, atención primaria de la salud, etc.

Nos interesa centrarnos en el sector público en tanto prestador directo de servicios de salud, y en particular en el Hospital Público.

En referencia al sistema de atención médica, SPINELLI⁽¹⁹⁾ señala que el sistema público, pese a las propuestas "alternativas"

⁽¹⁷⁾ KATZ y MUÑOZ, 1988: 11.

⁽¹⁸⁾ KATZ y MUÑOZ, 1988: 99.

⁽¹⁹⁾ SPINELLI, 1991: 12-14.

vinculadas al ajuste principalmente planteadas por el Fondo Monetario Internacional, deberá seguir cumpliendo una importante función y que al analizar en profundidad su estado actual se ve con claridad que la propuesta del arancelamiento de las prestaciones del sistema público para lograr su autofinanciación parte de una falacia, esto es de un inadecuado análisis de la situación real del conjunto del sistema. Se invoca el sobredimensionamiento del sector público cuando en realidad existe una caída de la inversión junto a un creciente aumento del número de usuarios de este sector.

Para dar cuenta de la situación real nuestro autor analiza 4 variables: a) Camas del sector público: se registra una merma desde 1955 hasta la actualidad; b) Porcentaje de egresos: excepto en la Capital y Córdoba que registra un mayor porcentaje de egresos en el sector privado en relación con el sector público, en el resto del país el sector público concentra entre el 80 y el 90% de los egresos; c) Gasto en Salud: hay una caída del gasto per cápita y un paralelo aumento de la población, además respecto de la financiación del gasto el único que disminuye su participación es el sector privado, y el gasto per cápita elevado se produce en el sector privado y no en el público; d) Alta tecnología: ésta se concentra en la zona metropolitana y dentro de ésta en el sector privado, el sector público viene reduciendo considerablemente su participación en las áreas más rentables. A esto se suma el ingreso de población que históricamente no era usuaria del sector público y que lleva a que se produzcan cuellos de botella con una expulsión indirecta de pacientes.

Ya hemos analizado los distintos papeles que va cumpliendo el Hospital Público a lo largo de la historia argentina desde la década del '40. A partir de la década del '50 y en especial la

década del '70, el sector público va perdiendo relevancia dentro de las políticas sociales implementadas. El sector público:

"se va haciendo cargo de patologías y tecnologías de atención o prevención consideradas como no rentables por el sector privado o que no cubre la seguridad social. Se acentúa así su pérdida de terreno relativo en materia de eficiencia, de nivel de complejidad y (en algunos casos) de calidad del servicio ofrecido" (20)

KATZ y MUÑOZ señalan que desde la década el '50 el proceso de expansión de la infraestructura pública de salud pierde impulso. De ahí en más la situación de desfinanciamiento será una constante y llevará a que la infraestructura se reduzca tanto en términos físicos como en su productividad dado el deficiente mantenimiento y obsolescencia tecnológica de los equipos disponibles:

"Escasez de recursos financieros con los que afrontar gastos corrientes, desorganización administrativa, decaimiento de la estructura edilicia, uso de tecnologías que exigen más mano de obra y más tiempo de internación" (21)

Aun así, la calidad de la atención de los Hospitales Públicos en relación a las instituciones privadas al menos en algunas áreas puede ser alta: quemados, pediatría, cirugía pediátrica, neurología e inmunología (22).

(20) KATZ y MUÑOZ, 1988: 100.

(21) KATZ y MUÑOZ, 1988: 109.

(22) KATZ y MUÑOZ, 1988: 109.

SEGUNDA PARTE.

LA PRACTICA MEDICA COMO PROCESO DE TRABAJO. LA RESIDENCIA MEDICA: UN PROCESO DE TRABAJO-FORMACION.

Ya hemos considerado la práctica médica desde dos niveles de análisis, esto es, considerando las dimensiones económico-política e ideológica. En el presente capítulo consideraremos la práctica médica como un proceso de trabajo y la instancia de la Residencia Médica como un proceso de trabajo-formación.

Proponemos caracterizar el proceso de prestación del servicio médico como un proceso de trabajo particular. Esta particularidad radica, a grandes líneas, en que el "producto" de éste trabajo es un servicio y que el "objeto" de trabajo es un sujeto social y que los medios de trabajo (tanto los instrumentos como el espacio institucional en el que se ejerce la práctica médica) también presentan singularidades que básicamente se relacionan con los núcleos tratados en la primera parte del presente capítulo.

Hablar de "proceso de trabajo", nos remite en primera instancia al análisis de C. MARX, y a reconocer los tres elementos que (según este autor) en él intervienen⁽¹⁾: la *actividad encaminada a un fin*, su *objeto* y sus *medios*.

"En el proceso de trabajo la actividad del hombre consigue, valiéndose del instrumento correspondiente, transformar el objeto sobre el que versa el trabajo con arreglo al fin perseguido. Este proceso desemboca y se extingue en el producto. Su producto es un valor de uso, una materia dispuesta por la naturaleza y adaptada a las necesidades humanas mediante un cambio de forma"⁽²⁾.

La *actividad* se orienta según el fin útil que la motiva y al concluir el proceso de trabajo surgirá un resultado que el obrero ya había imaginado, un resultado que tenía una *existencia ideal* en un principio. El *objeto* es la materia sobre la que se produce el

(1) MARX, 1956: 148.

(2) MARX, 1956: 149-150.

trabajo, ya sean cosas que la naturaleza brinda al hombre y que el trabajo desprende de ella, u objetos sobre los cuales ocurrió un trabajo anterior (materia prima). Los *medios* de trabajo incluyen tanto los instrumentos mecánicos como "todas aquellas condiciones materiales que han de concurrir para que el proceso de trabajo se desarrolle" como canales, calles, edificios etc.⁽³⁾.

Existe un antecedente en la consideración de la medicina como proceso de trabajo partiendo de la definición de MARX. Se trata del análisis realizado por GONÇALVES⁽⁴⁾, quien plantea que la medicina puede concebirse como cualquier otra forma de trabajo humano en tanto:

"De esta categoría (de trabajo) participa toda y cualquier actividad institucionalizada (en el sentido de encontrarse validada, fijada y regulada normativamente, o sea integrada a un sistema social) que actúa como fuente directa de obtención, por quien la desempeña, de los medios naturales de existencia producidos o de sus equivalentes (dinero por ejemplo), indispensables para la satisfacción de las necesidades materiales y no materiales de quien la lleva a cabo y de sus dependientes directos o no, con el fin de que quien la desempeña produzca y reproduzca su existencia histórica y la de sus dependientes sociales (...)"⁽⁵⁾.

A partir de esta concepción propone distinguir, retomando a Marx, los elementos que definen al proceso de trabajo y que ya hemos mencionado más arriba. Señala que la mayor particularidad del proceso de trabajo médico se encuentra en su objeto: un portador de una necesidad que, hecha objeto, motiva el trabajo.

Según GONÇALVES el objeto de trabajo en ningún caso es un objeto natural por cuanto la cosa natural es redefinida de acuerdo al fin perseguido. La aprehensión intelectual permite desprender al objeto de sus 'conexiones naturales' como primer momento del trabajo humano que queda entonces determinado por el fin por el que se lo escogió y por los instrumentos que utilizará⁽⁶⁾.

⁽³⁾ MARX, 1956: 147-149.

⁽⁴⁾ GONÇALVES, 1984.

⁽⁵⁾ GONÇALVES, 1984: 21-22.

⁽⁶⁾ GONÇALVES, 1984: 31.

Señala que si se toma como objeto de trabajo médico al "cuerpo humano enfermo" debe haber una modificación primera que consiste en que el cuerpo humano enfermo del paciente sea transformado en cuerpo humano enfermo para el médico, surgiendo así como objeto de trabajo médico.

"Lo que entra en el proceso de trabajo es el portador de la necesidad sólo parcialmente transformado en objeto y no un objeto unilateralmente apropiado por el trabajo. Al terminar el proceso, lo que sale de él no es sólo un producto que debe poder corresponder a las necesidades entonces atendidas, sino igualmente el portador de las necesidades entonces atendidas durante el proceso." (7)

Deduces entonces que en el caso de la medicina objeto y necesidad forman una unidad y que no existe desprendimiento de un objeto de trabajo de sus conexiones naturales, más bien el objeto que la medicina toma "está cargado de todas las determinaciones que marcan el cuerpo en su existencia social" (8). No queda claro que entienda GONÇALVES por "necesidad", ni profundiza respecto de las determinaciones sociales a las que hace referencia.

Hablará al continuar su análisis de "necesidad", incluirá la "normatividad social" y reconocerá la "determinación histórica del cuerpo", básicamente a partir de los aportes de autores como Donnangelo y Canguilhem. Nosotros a partir de esta breve introducción nos separaremos de este autor dado que preferimos no hablar de "necesidad" término que puede inducir a equívocos y si bien tomaremos elementos de análisis que también utiliza GONÇALVES los desarrollaremos a partir de otros autores (MENENDEZ, LAURELL, PARSONS, FRIEDSON, CONRAD, CORDEIRO, etc).

Comencemos primeramente con el objetivo o fin perseguido por la medicina y las funciones que cumple.

En primer término si recurrimos al sentido común se podría plantear que la medicina "es una disciplina teórico-práctica cuyo objetivo es preservar, mantener y restablecer la salud" (9),

(7) GONÇALVES, 1984: 32.

(8) GONÇALVES, 1984: 33.

(9) PELOSIO, 1972 : 15.

también podría considerarse como "el arte de curar"⁽¹⁰⁾. Pero estas definiciones no dan cuenta de los procesos que están en la base de estas mismas concepciones ni las implicancias de aquello que explícitamente se reconoce y lo que no. Para ello retomaremos el análisis de MENENDEZ⁽¹¹⁾ respecto de las funciones del Modelo Médico Hegemónico. Debe subrayarse que nuestro autor plantea que las funciones a las que se refiere no incumben sólo a las instituciones médicas sino también a las relaciones de esta con el Estado y con los conjuntos sociales. Estas funciones son de tres tipos:

1) curativas, preventivas y de mantenimiento; 2) de control, normalización, medicalización y legitimación; y 3) la función económico-ocupacional.

Las funciones de curación y prevención son dominantes y no sólo para el personal de salud sino para los conjuntos sociales que identifican a la medicina con estas funciones. De ambas, en la medicina actual predomina la orientación curativa. La función de mantenimiento, según MENENDEZ supone, de hecho, una decisión política por parte del sector salud y del Estado; por ejemplo en el caso latinoamericano viabilizarán estrategias fundamentalmente asociadas a paliar las crisis y la grave situación socioeconómica a ellas asociadas.

Las funciones del segundo tipo han sido analizadas por las ciencias sociales. El problema del control social ha sido abordado por PARSONS, FRIEDSON, CONRAD, y se encuentra en los análisis de FOUCAULT. La antropología y la sociología han analizado la transmisión de pautas de comportamiento consideradas correctas por parte de la medicina en un proceso en el que participan al mismo tiempo y complementariamente los distintos grupos sociales. Además han abordado el proceso por el cual la medicina amplía su

(10) GONÇALVES, 1984: 1.

(11) MENENDEZ, 1990: 104-111.

injerencia a cada vez más áreas del comportamiento (denominado medicalización).

La enfermedad se define, según FRIEDSON y CONRAD, en términos de "desviación" y en este sentido la medicina actúa como agente de control social.

FRIEDSON ha señalado que la profesión médica:

"tiene la pretensión a la jurisdicción sobre la designación de la enfermedad y todo lo que pueda estar relacionado con ella, independientemente de su capacidad para tratarla efectivamente"⁽¹²⁾.

La medicina define la enfermedad como reinterpretación de desviaciones humanas que no siempre recibieron esta significación, fundando una "jurisdicción de control profesionalizada".

Al decir de CONRAD⁽¹³⁾, la jurisdicción de la medicina se ha ampliado abarcando problemas que antes no trataba y cada vez en mayor medida se utiliza como agente de control social. "Utilizando medios médicos y en nombre de la salud" se delegan problemas sociales y humanos al área de atención médica.

Este proceso analizado por ambos autores ha sido denominado "medicalización" y es tomado por MENENDEZ quien señala que:

"El proceso de medicalización tiene que ver con una doble tendencia convergente; por una parte la creciente complejidad de la vida cotidiana y la ampliación del campo de las "desviaciones", y por otro el desarrollo de la profesionalización médica que refuerza su identidad y poder profesional a través de legitimar y normar las desviaciones"⁽¹⁴⁾.

La medicina participa y actúa como conductora de los valores de la sociedad "llamando enfermedad a la desviación" y creando un conjunto de reglas que la definen⁽¹⁵⁾.

Como señala CONRAD:

"las enfermedades son juicios que los seres humanos emiten en relación con condiciones que existen en el mundo natural. Son

⁽¹²⁾ FRIEDSON, 1978: 252-253.

⁽¹³⁾ CONRAD, 1982: 130.

⁽¹⁴⁾ MENENDEZ, 1990: 107.

⁽¹⁵⁾ FRIEDSON, 1978: 252-253.

esencialmente construcciones sociales hipotéticas creadas por nosotros mismos"^[14].

Al ser "juicios sociales", las enfermedades son consideradas negativamente y hay un consenso respecto de su indeseabilidad. Se les asigna una base biofisiológica u orgánica y ésta no es puesta en tela de juicio, pero CONRAD llama la atención respecto de que dicha base no es condición necesaria para que algo sea definido como enfermedad. Además cuando algo es llamado enfermedad en el espacio social se desencadenan consecuencias independientes de la condición biológica del organismo. Tanto el diagnóstico como el tratamiento se fundamentan en juicios sociales que llamamos enfermedad y como tales "influyen en el comportamiento de las personas, las actitudes que adoptan ante sí y las que los demás adoptan ante ellas"⁽¹⁷⁾.

El tercer tipo de funciones se refiere a las "industrias de la salud y de la enfermedad"⁽¹⁸⁾. En los países capitalistas centrales el sector servicios y en particular el sector salud tienen el mayor porcentaje de creación de nuevos empleos. El costo de la atención médica, de los equipos, fármacos, recursos humanos, etc., configura una parte creciente del PBI y es reforzada permanentemente por la orientación curativa del Modelo Médico Hegemónico. La industria químico-farmacéutica y la creciente expansión de la medicina farmacológica son un buen ejemplo. Pero también hay que incluir los elementos que producen enfermedad, esto es, las consecuencias negativas para la salud colectiva del propio proceso productivo⁽¹⁹⁾.

Este conjunto de funciones que cumple la medicina nos alertan en primer término respecto de los "objetivos" de la medicina que podríamos señalar se construyen (si coincidimos con MENENDEZ) en el contexto histórico social en el que la burguesía establece una

[14] CONRAD, 1982: 134-136.

(17) CONRAD, 1982: 135-136.

(18) MENENDEZ, 1990: 109.

(19) MENENDEZ, 1990: 104-111

concepción que devendrá hegemónica respecto de la definición de la "enfermedad" y la forma de tratarla construyendo al mismo tiempo un conjunto de funciones dentro del medio social en el que surgen y se desarrollan.

GONÇALVES señala que la mayor particularidad del proceso de trabajo médico se encuentra en su objeto de trabajo. Esta es sólo una de las particularidades. Dado que la práctica médica trata con sujetos sociales contruidos como "objetos" preferimos hablar de sujeto/objeto. Para caracterizarlo es necesario considerar las definiciones y explicaciones médicas que ya hemos abordado antes. La medicina pretende fundar una "mirada" independiente, propia, y lo hará en términos ideológicos dado que no puede pretenderse excluida en tanto práctica social del contexto histórico-social en el que se genera y desarrolla⁽²⁰⁾.

Las definiciones de qué es "enfermedad" y qué es "salud" han suscitado un profundo debate en el que han participado diversas disciplinas incluidas las ciencias sociales. En este sentido surgieron concepciones que proponían ser más integrales. Dentro de este esfuerzo se ubican por ejemplo el enfoque de la OMS centrado en la noción de bienestar, los enfoques funcionales que describen la salud como capacidad óptima para realizar tareas, los enfoques que hablan de adaptación del organismo a su medio, etc. Estas conceptualizaciones, entre otras, siguen considerando la "enfermedad" y la "salud" desde un enfoque centrado en el individuo añadiendo 'factores' (políticos, sociales) pero que no consideran la salud y la enfermedad como términos de una unidad y de un proceso. En éste sentido han sido superados por la propuesta de A. LAURELL al considerar el "proceso salud-enfermedad"⁽²¹⁾.

⁽²⁰⁾ MENENDEZ, 1978: 13.

⁽²¹⁾ LAURELL, 1985.

Esta autora señala que la salud y la enfermedad se relacionan con el proceso de producción, es decir las ubica en el contexto económico, político e ideológico de la sociedad. Se trata de entender a la salud-enfermedad como proceso social en el cual lo biológico tiene un carácter simultáneamente social. Al centrarse en la producción social del proceso biológico humano, la enfermedad y la salud no aparecen disociados sino como aspectos de un mismo proceso.

El análisis de la producción social del proceso biológico humano debe ubicarse en el proceso a través del cual el hombre "entra en contacto con la naturaleza transformándola y transformándose a sí mismo" y en un momento histórico dado. Esta "apropiación de la naturaleza se realiza por medio del proceso de trabajo basado en determinado desarrollo de las fuerzas productivas y relaciones sociales de producción"⁽²²⁾.

Respecto de los medios e instrumentos del trabajo médico podemos considerar, junto a GONÇALVES⁽²³⁾, que incluyen: el desarrollo de un cuerpo de conocimientos científicos que 'recortan' un objeto particular; los instrumentos que permiten la transformación de éste objeto (que correspondería a la "dimensión manual del trabajo"); y aquellos compuestos por las condiciones requeridas para que el proceso de trabajo acontezca ("local" de trabajo). La eficacia técnica se vincula al desarrollo de los instrumentos de trabajo.

El conjunto de procedimientos y la capacidad técnica involucran una transformación del "objeto" por parte del "agente" (el médico). El conjunto de actividades que el médico realice: acciones terapéuticas, interpretaciones, aplicación de conocimientos, configuran una técnica que es la que permite

⁽²²⁾ LAURELL, 1985: 13.

⁽²³⁾ GONÇALVES, 1984: 59-69.

abordar y operar sobre el "sujeto/objeto". La "dimensión manual" señalada por GONÇALVES está compuesta por "instrumentos" no sólo teóricos y técnicos sino también ideológicos. Al conjunto de los instrumentos debe reconocérseles su historicidad, y con ello que su desarrollo se halla vinculado a procesos económico-políticos e ideológicos.

Para que el trabajo acontezca también se instaura una relación "adecuada" entre el 'agente' y el "sujeto/objeto" del trabajo.

Como se recordará uno de los rasgos definidos para el MMH es que se establece una relación social entre médico, institución y paciente caracterizada por la asimetría, la subordinación social y técnica del paciente, la consideración del paciente como ignorante y portador de un saber erróneo y como responsable de su enfermedad.

Consideramos que el marco del ejercicio institucional concreto de la práctica médica supone procesos de aproximación y aprehensión de su "sujeto-objeto" de trabajo constituidos desde estas modalidades de relación social.

Las características de la relación médico-paciente se pueden delinear retomando la propuesta analítica del funcionalismo desarrollada por PARSONS y centrada en la definición de los roles del enfermo y del médico, y que ha sido tomada tanto por FRIEDSON, como por CONRAD y en cierta medida por MENENDEZ. Cabe señalar que si bien retoman el análisis parsoniano, estos autores han realizado sus aportes que enriquecen esta primera propuesta agregando elementos de análisis que no contemplaba.

El "rol del enfermo" de acuerdo a lo señalado por PARSONS, es el que permite legitimar la anormalidad de la enfermedad y conducir al enfermo hacia la relación médico-paciente que posibilitará su reintegración al grupo social. Así el médico como legitimador del rol del enfermo y al reintegrar a los enfermos al conjunto social

actúa como agente de control social. Este rol implica cuatro elementos: a la persona enferma se la exime de sus responsabilidades habituales, no se puede esperar que se reestablezca porque lo desee o lo decida por sí misma, tiene la obligación de querer reestablecerse y tiene la obligación de buscar ayuda técnica y cooperar^[24].

Pero, como ha señalado FRIEDSON, es necesario que el profano se considere enfermo para que llegue a consultar al médico, es decir que debe existir una "imputación de desviación de lo que se considera deseable o normal"^[25] y este sentido construido por el profano estará relacionado o determinado por elementos sociales y culturales.

"Lo que un profano reconoce como un síntoma o enfermedad es en parte una función de la desviación del modelo de normalidad variable históricamente, establecido por la experiencia cotidiana". El "profano utiliza los significados y las interpretaciones que le ha proporcionado su vida social"^[26].

El "rol del médico" según PARSONS^[27] tiene las siguientes características constitutivas: que el médico es un especialista cuya superioridad se funda en su experiencia y entrenamiento técnico, se espera de él una neutralidad afectiva (se espera que el médico se ocupe de un problema objetivo en términos objetivos o sea científicamente justificables), tiene la obligación de que sus intereses personales no interfieran en el logro del "bienestar del paciente", y el ánimo de lucro se supone excluido del ámbito médico.

FRIEDSON ha agregado una serie de elementos respecto el profesional médico a los reconocidos por Parsons.

Como señala FRIEDSON^[28], se espera que el paciente coopere aceptando y cumpliendo las indicaciones y decisiones del médico,

[24] CONRAD, 1982: 437.

[25] FRIEDSON, 1978: 283.

[26] FRIEDSON, 1978: 285.

[27] PARSONS, 1966: 436-437.

[28] FRIEDSON, 1978: 263-269.

quien se supone está capacitado para responder objetiva y neutralmente, a la vez que las respuestas del paciente serán consideradas como "desconfiablemente subjetivas". Esta supuesta neutralidad se desdibuja al considerar por un lado que las interpretaciones de síntomas y la terapéutica elegida responden a distintas "escuelas" o concepciones médicas; por otro lado, que las "observaciones" del médico están afectadas por sus propias actitudes y manifiestan preferencia subjetivas, y además, que:

"las características sociales del médico, sus antecedentes religiosos, étnicos, sexo, clase social, entran en los prejuicios que probablemente él tenga a favor de ciertos diagnósticos y modos de manejo"... "En otro nivel uno puede preguntarse cómo influyen las características del ambiente en que él trabaja, el tipo de pacientes que ve más frecuentemente, la posición del paciente, su contacto con colegas, y otros por el estilo, en el contenido y el sentido de las elecciones y respuestas que él da" (27).

Para FRIEDSON el médico ante la enfermedad o el enfermo no es neutral en ningún aspecto, el médico establece un "juicio moral" en la designación de la enfermedad en sí misma; como ya hemos señalado, la designación de algo como enfermedad oculta una valoración social dado el consenso que se establece respecto de lo indeseable que es aquello que se llama enfermedad, pero al mismo tiempo que se evita la condena al desviado y si bien la persona no es juzgada, su "enfermedad" sí lo es, y ésta es parte de él.

En su actividad diaria el médico atribuye significados sociales bajo una designación médica, pero no sólo respecto a síntomas que los "profanos" han identificado como indeseables sino que también puede descubrir enfermedades que el profano no ha identificado. Como hay una tendencia a encontrar enfermedades más que salud se puede dar el sobrediagnóstico y la sobreprescripción, estimulados también por motivos económicos o por los deseos de los propios pacientes. Tanto el diagnóstico como el tratamiento tienen consecuencias sociales para el paciente que raramente son consideradas, el médico encerrado en las consecuencias biológicas

o físicas del diagnóstico no reconoce que está asignando un significado social cuyas importantes consecuencias sociales escapan de su control personal^[30].

Finalmente debemos considerar que otra de las particularidades del "proceso de trabajo médico" es que el "producto" sea un servicio. Al ser un servicio, lo que se "consume" es la actividad útil del "agente" (el médico): "el servicio de salud es (...) el resultado del trabajo de agentes de salud"^[31]. Se "consume", en fin, el conjunto de procederes y la capacidad técnica; pero subrayemos que éstos se hallan atravesados por procesos ideológicos y determinados por procesos económico-políticos.

CORDEIRO ha propuesto una definición muy clara respecto del concepto de servicio y es la que tomaremos a continuación.

Debemos considerar en primer lugar y de acuerdo al análisis de este autor, que el concepto de "servicio" incluye dos dimensiones diferentes que son: 1) el conjunto de servicios de consumo y 2) el conjunto referido a la circulación de bienes materiales. Ambas dimensiones se incluyen en aquellas prácticas que permiten o facilitan el consumo de cualquier valor de uso^[32]. En el caso de la medicina hay que considerar que:

"El resultado de la producción de los servicios no constituye en sentido estricto, un valor de cambio; por lo tanto no entra en el proceso de circulación que es una esfera particular del proceso global de producción de mercancías. El proceso de trabajo comprendido en el servicio 'produce' un determinado valor de uso que, al ser agotado inmediatamente después de ser consumido, es incapaz de producir plusvalía"^[33].

De esto se desprende que el servicio de salud consiste en el conjunto de actividades llevadas a cabo por los distintos actores sociales encargados de su prestación, de forma tal que el resultado de este trabajo reporte una utilidad para los sujetos

[30] FRIEDSON, 1978: 261-262.

[31] CORDEIRO, 1984: 291.

[32] CORDEIRO, 1984: 290.

[33] CORDEIRO, 1984: 291.

que lo reciben. Este proceso se da en el contexto de las relaciones capitalistas de producción donde los servicios asumen rasgos particulares dado que existe una "identidad aparente" respecto de los artículos de consumo originada en el hecho de que el intercambio entre cosas oculta las relaciones entre hombres. Los artículos de consumo no solo son mercancías, hay artículos de consumo que se presentan bajo la forma de servicios.⁽³⁴⁾

El consumo médico en tanto se refiere a la apropiación de valores de uso se incluye dentro de un "consumo" particular. Existe una diferencia entre el concepto de consumo productivo (consumo dirigido a la producción de mercancías) y consumo individual, éste último es el que permite la manutención y reproducción de la fuerza de trabajo "fuera del tiempo comprado por el salario" y es el que corresponde al consumo médico⁽³⁵⁾.

Estas afirmaciones no son contradictorias con el postulado de MENENDEZ respecto del proceso de mercantilización de la práctica médica. El proceso por el cual la práctica médica será convertida en un bien de cambio se relaciona con el desarrollo de las concentraciones monopólicas estatales o privadas de la atención médica.

En este sentido CORDEIRO⁽³⁶⁾ va a hablar de subordinación del sector servicios de consumo a las relaciones sociales capitalistas. Señala nuestro autor, marcando su coincidencia con GONÇALVES, que:

"el capital empleado en la producción de servicios médicos no deriva su lucro de una función económica inmediata, sino que lo obtiene de la repartición y transferencia a su órbita de una parte de plusvalía global producida, a título de remuneración de servicios que no genera por lo tanto, plusvalía"⁽³⁷⁾

De ello deduce que el trabajo médico cumple ciertas funciones en el proceso de acumulación y reproducción social, entre ellas:

⁽³⁴⁾ CORDEIRO, 1984: 291.

⁽³⁵⁾ CORDEIRO, 1984: 291.

⁽³⁶⁾ CORDEIRO, 1984: 293-294.

⁽³⁷⁾ CORDEIRO, 1984: 294.

reducción de los costos de reproducción de la mano de obra, permite generar plusvalía a los capitales industriales cuyos productos son consumidos por los servicios médicos (medicamentos, equipos médicos), aumenta la productividad de la fuerza de trabajo (reducción del ausentismo, mejor estado de la salud de los trabajadores). El "empresario" de los servicios médicos hace circular la mercancía fuerza de trabajo y al transformarla en productora de valores de uso, actúa como cualquier capitalista promotor de la circulación de mercancías; con lo cual el capital en los servicios médicos es una variedad de capital mercantil¹³³.

¹³³ CORDEIRO, 1984: 294-295.

LA RESIDENCIA MÉDICA: UN PROCESO DE TRABAJO-FORMACIÓN:

A la existencia de un proceso laboral en el ejercicio de la práctica médica debemos sumar que, en el caso de las Residencias Médicas, también se da un proceso de formación o capacitación.

Desde el sentido común podríamos plantear que la Residencia Médica constituye un espacio o un ámbito en el que se completa la capacitación del médico adicionando al conjunto de conocimientos adquiridos en la Universidad (formación académica, principalmente teórica) una instancia fundamentalmente práctica (no exclusivamente porque también hay espacios de clases teóricas) en la que se destaca la atención directa del paciente. Esta capacitación es opcional y permite lograr una orientación particular dentro del área de las especialidades médicas.

También podríamos considerar la Residencia Médica, de acuerdo a lo que se plantea en el Reglamento de Residencias de la Provincia de Buenos Aires, como "un sistema de capacitación intensiva en servicio que permita completar la formación integral del profesional"⁽³⁹⁾.

Ambas ideas no contemplan la existencia de un único proceso que, a los fines del análisis, podamos considerar constituido por el proceso de trabajo y el proceso de formación o capacitación.

Contamos con un antecedente teórico que nos permite considerar las características que asume el proceso de trabajo-formación considerado como instancia de capacitación para el personal de salud en el contexto del ejercicio cotidiano de la práctica médica. Se trata del análisis de DAVINI⁽⁴⁰⁾ quien propone una revisión crítica de los modelos de capacitación destinados al

⁽³⁹⁾ Reglamento de Residencias Médicas de la Provincia de Buenos Aires, año 1992.

⁽⁴⁰⁾ DAVINI, 1992.

personal de salud, y una ruptura con los esquemas tradicionales de enseñanza mediante una propuesta metodológica que rescata el trabajo como factor educativo.

Nos interesa rescatar por el momento uno de los elementos considerados por DAVINI, esto es, su categoría de "estudio-trabajo" dado que nos permitirá considerar la residencia médica como instancia en la que acontecen paralelamente un proceso de trabajo y de formación o capacitación. Nuestra autora en primer lugar contempla que en los programas de educación existe una fuerte separación entre el "proceso educativo" y el "proceso de trabajo". En las instancias de capacitación del personal en el área de los servicios de salud los esquemas pedagógicos que en general se aplican carecen de compromiso respecto del proceso concreto de trabajo, en ellos subyace la concepción de que el trabajo no constituye una dimensión educativa⁽⁴¹⁾.

DAVINI va a señalar entonces que para rescatar la unidad entre los procesos de trabajo y de educación hay que revisar no sólo los modelos pedagógicos aplicados y sus implicancias sino rever también la concepción de trabajo subyacente.

Propone considerar al trabajo como:

"el ámbito de creación y recreación de la existencia humana, es la acción que impulsa, regula y controla sus intercambios con la naturaleza, la sociedad y sus propios productos"⁽⁴²⁾.

DAVINI retoma la idea de que por la acción del trabajo el hombre modifica su medio y a sí mismo, asignando en este punto la base en la que se encuentra el valor educativo del trabajo, si se concibe a la educación como un movimiento de transformación del sujeto y de su medio⁽⁴³⁾.

El trabajo se expresa como valor educativo si se parte de:

"considerar al trabajo no como un factor meramente instrumental, sino como fuente y productor del conocimiento y

⁽⁴¹⁾ DAVINI, 1992: 17-18.

⁽⁴²⁾ DAVINI, 1992: 18.

⁽⁴³⁾ DAVINI, 1992: 18.

ámbito de realización social y personal, a través de la transformación de las instituciones" (44).

Podemos señalar que más allá de los métodos pedagógicos utilizados en una instancia de capacitación en servicio, si partimos de la concepción del trabajo que utiliza DAVINI, podemos reconstruir la unidad del proceso trabajo-formación que ha sido desconocida por los modelos educativos imperantes. Podemos proponer que más allá de los modelos pedagógicos que se implementen y que pretendan y sustenten la división del proceso de trabajo-formación, básicamente se está "desconociendo" una dimensión *inherente* a este proceso. Si bien en el caso de las residencias médicas existe una organización o una metodología de capacitación anclada en esquemas pedagógicos que desconocen o no integran o no consideran relevante el "factor educativo" del trabajo mismo, en la práctica médica cotidiana (el proceso de trabajo) la dinámica de la experiencia concreta supone un ámbito de creación de significados (representaciones) y prácticas que en cierta forma conducen a la transformación del sujeto y de su entorno.

En este sentido la Residencia Médica constituye un espacio de formación complejo, el mismo proceso de trabajo supone en sí un proceso de formación particular que no encontraremos desarrollado en ningún programa de residencia y supera el conjunto de actividades de capacitación pautadas.

Esta propuesta no desconoce la separación entre clínica e investigación por la cual la práctica concreta no es recuperada como elemento de reflexión que viabilice un 'nuevo' conocimiento y la modificación de la práctica a partir de éste. Se trata de subrayar que en el proceso de formación-trabajo de una residencia médica se construyen un conjunto de significados (representaciones) y prácticas determinadas no sólo por lo anterior sino también por las condiciones en que ésta se

(44) DAVINI, 1992: 18.

desarrolla y que conducen a la transformación o reproducción de las condiciones de trabajo-formación.

Entendemos por representaciones "*los modos de percibir, categorizar y significar (otorgar sentidos)*", y por prácticas "*los modos de acción, organización y respuesta social e institucional*"⁽⁴⁵⁾.

Consideraremos, tomando la propuesta de análisis de M. GRIMBERG, que las "prácticas y representaciones" construidas por los médicos residentes en relación a las particulares condiciones de trabajo-formación se constituyen desde:

"...un complejo sistema de relaciones sociales, políticas e ideológicas de carácter más amplio..."⁽⁴⁶⁾.

Esta autora remite al concepto de hegemonía, dando cuenta de las relaciones de dominación/subordinación que articulan mecanismos de coerción/consenso, imposición/adhesión, confrontación-negociación y concertación-negociación.

"Una hegemonía solo puede ser mantenida mediante un constante y diestro ejercicio de teatro y concesión"⁽⁴⁷⁾

"...nos encontramos no tanto con una reñida e inflexible batalla entre antagonismos irreconciliables, como con un "**campo de fuerza**" **societal**"⁽⁴⁸⁾.

En las relaciones de dominación/subordinación se articulan tanto mecanismos de consenso como de coerción constituyendo un *proceso*:

"Una hegemonía dada es siempre un proceso (...) es un complejo efectivo de experiencias, relaciones y actividades que tiene límites y presiones específicas y cambiantes"⁽⁴⁹⁾.

Existen entonces en el 'campo de fuerzas societal' zonas de autonomía donde emerge el conflicto y la contradicción.

Desde nuestro análisis no podríamos dar cuenta de "las relaciones sociales", para ello ha sido construido un marco teórico que

(45) GRIMBERG, M. y colaboradores, 1988 : 2.

(46) GRIMBERG, 1989: 72.

(47) THOMPSON, 1984: 60

(48) THOMPSON, 1984: 40

(49) WILLIAMS, 1980: 134

intenta dar cuenta de ellas. Consideraremos por tanto, tomando un grupo de médicos residentes:

"...los **procesos de interacción** como el espacio de producción y reproducción de las relaciones sociales"⁽³⁰⁾.

Así daremos cuenta de los mecanismos de confrontación, negociación, conflicto, consenso y normalización que se construyen en el ejercicio institucional cotidiano de la práctica de la medicina.

⁽³⁰⁾ GRIMBERG, 1989: 72.

CAPITULO II

LA RESIDENCIA MEDICA.

"El pobre duerme, boca arriba, a la cabeza de su morfina, a los pies de toda su cordura. Un adarme más o menos en la dosis y le llevarán a enterrar, el vientre roto, la boca arriba, sordo el huracán, sordo en su vientre roto, ante el cual suelen los médicos dialogar y cavilar largamente, para, al fin, pronunciar sus llanas palabras de hombres."

César Vallejo.

EL HOSPITAL SAN MARTIN.

SALA I DE INTERNACION, AREA DE CLINICA MEDICA.

El Hospital Interzonal General de Agudos "General San Martín", es un hospital de alta complejidad. Incluye todas las especialidades médicas (cardiología, traumatología, clínica médica, etc.), de laboratorio (inmumología, radioinmunoensayo, medio interno, etc.), de diagnóstico por imágenes (ecocardiografía, ecotomografía, doppler, TAC, radiología, etc.), endoscopias (broncoscopia, digestiva alta y baja, CPRE, laparoscopia, etc.), métodos de punción por imágenes, servicio de hemodiálisis, servicio de hemodinamia, servicio de Medicina Nuclear, centro de atención de pacientes quemados, cámara hiperbárica, UTI, etc.

Es un Hospital que tiene un convenio con la Universidad Nacional de La Plata. En él se realizan tareas práctico-docentes de diversas cátedras de la Facultad de Medicina.

El Hospital es un centro de derivación de pacientes de toda la provincia de Buenos Aires e incluso del interior del país.

Todos los servicios que presta el Hospital son gratuitos y atiende todas las obras sociales.

El Hospital está dividido en 6 pabellones y ocupa una superficie de 4 manzanas. En cada uno de ellos se realizan tareas médicas correspondientes a distintas especialidades: Clínica, Cirugía, Quemados, etc. La organización técnico administrativa se concentra en uno de los pabellones, el Pabellón Central. En él funcionan

además la Guardia del Hospital en su conjunto y la mayoría de los servicios especiales (hemoterapia, radiodiagnóstico, laboratorio, etc.) excepto "medio interno" que funciona en uno de los edificios que componen el Hospital.

Uno de los Pabellones, llamado Pabellón Rossi es el que reúne las actividades de Clínica Médica, y es el ámbito en el que se ha desarrollado el trabajo de campo, tomando una de las cuatro salas de internación que lo componen: la **Sala I de Internación de Clínica Médica**. Cada una de las cuatro Salas cuenta con veinticinco (25) camas. Las Salas I y III son de mujeres y las II y IV de varones. En las cuatro Salas funcionan dos Residencias de Clínica Médica, una (la que nosotros analizaremos) siempre perteneció al Pabellón Rossi y fue creada hace aproximadamente 20 años. La otra funcionaba en otro Pabellón (ubicado en las calles 1 y 71) que contaba con 95 camas, pero éste fue cerrado y su Residencia continuó funcionando en el Pabellón Rossi; se les asignaron 12 camas en la Sala IV y otras 12 en la Sala II. Este año (1993) el Pabellón de 1 y 71 fue reabierto pero sólo se habilitaron 20 camas.

El Pabellón Rossi atiende aproximadamente 1500 pacientes por año. En el período enero/octubre de 1991, el total de pacientes que ingresaron fue de 1280; la tasa de mortalidad fue del 26,5 por mil, el porcentaje de camas ocupadas fue del 98,9% con un giro-cama de 12,9 días.

La Sala I en el año atiende aproximadamente 430 personas. En el período enero/octubre de 1991 la cantidad de pacientes que ingresaron fue de 356. Para éste período la tasa de mortalidad fue del 6,5%, y el porcentaje de camas ocupadas fue del 81,1% con un giro-cama de 14,2 días.

Cuenta con un sistema de interconsultas con otros servicios del Hospital y todos los estudios que los pacientes requieran se realizan dentro del Hospital. Si los pacientes requieren de

estudios que se realicen en otras instituciones son derivados a dónde sea necesario (ya sea instituciones públicas o privadas, siempre que formen parte de las instituciones con las que se tiene contrato).

Los pacientes ingresan a la Sala desde: consultorio externo, derivados de otros Hospitales o desde el Consultorio Externo de Admisión ("Guardia" del Pabellón Central).

El personal de la Sala incluye: el médico, de enfermería, maestranza y docente.

El plantel de **enfermería** está compuesto por 5 enfermeras en el turno mañana y 4 en el turno tarde y noche. En el turno de la mañana si bien hay nombradas 5 enfermeras, de hecho en el período comprendido entre el 11-11-91 y el 20-12-91 había 3, las dos restantes estaban con licencia desde hacía 4 ó 5 meses.

Su jornada laboral es de 8 horas, hacen una guardia de 8 horas cada 15 días y tienen dos días de franco en el mes por esas guardias. El sueldo básico entre los meses de noviembre y febrero del año 1991/92 era de A 2.200.000 (sin contar antigüedad, salario familiar, etc.). Si bien pueden hacer horas extras, éstas no pueden superar las 16 horas de trabajo diarias siete días al mes.

El **personal administrativo**, cuatro empleados en total, es compartido por las cuatro salas de Clínica Médica.

Cuenta con un **camillero**, compartido por las cuatro salas (con una capacidad total de 100 pacientes).

El **personal de maestranza** de la sala incluye entre dos y tres mucamas, encargadas de la limpieza de la Sala, de la distribución de alimentos y ocasionalmente de traer a la sala los elementos pedidos por las enfermeras (algodón, gasas, pañales, sueros, medicamentos, etc.). Por su parte el espacio físico que ocupa la Residencia cuenta con una mucama.

Respecto del **personal médico**, existe una yuxtaposición de distintas áreas de acción, la estructura del personal médico del

Hospital (el staff médico), la estructura del personal médico-docente dependiente de la Universidad Nacional de La Plata (un médico de planta o un Jefe de Sala puede ser docente, como también hay docentes que no tienen cargos dentro del Hospital) y la estructura del área de capacitación de post-grado (Residencia Médica).

La Sala I de Clínica tiene asignado un **Jefe de Sala** y un **Médico de Planta**.

Formalmente la Sala tiene nombrados 6 **médicos residentes**: 1 de tercer año y 5 de primer año.

El personal médico de la Sala I incluye además de los residentes, a 2 "pararesidentes" (nombrados) y 2 "concurrentes". Aclaremos que los residentes llaman pararesidentes a los médicos que administrativamente son nombrados como "concurrentes" que realizan las mismas actividades que los residentes pero que no perciben un salario y que deben cumplir 5 años dentro del Hospital para dar por cumplida la concurrencia. Al llamarlos "pararesidentes" los diferencian de los que ellos llaman concurrentes y que carecen de nombramiento (a veces en otras instituciones llamados practicantes), diferenciándolos de los practicantes que son estudiantes de la Facultad de Medicina.

La Residencia se organiza jerárquicamente de la siguiente forma: en primer lugar se encuentran los **Médicos Instructores** (hay dos nombrados, pero al momento de realizar el trabajo de campo sólo había uno, el otro estaba en Europa realizando un curso de investigación y capacitación). Les siguen el **Jefe de Residentes**, en este caso eran dos dado que el número de los Jefes se relaciona con la cantidad de residentes que ingresan. Luego están los Residentes de tercer año, los de segundo y los de primer año.

En el período mayo 1991-1992 la Residencia contaba con 30 médicos residentes en total (considerando las cuatro salas): dos jefes de residentes, cinco residentes de tercer año, cuatro de segundo y 19

de primero. De estos últimos, siete pertenecían a la especialidad de clínica médica.

En el año 1992 disminuyó el número de residentes ingresantes de Clínica a seis y en 1993 ingresaron cuatro⁽¹⁾. En el Hospital funciona otra residencia de Clínica Médica, a la que en el año 1993 ingresaron 4 residentes. En total, para todo el Hospital, ingresaron en 1993 ocho residentes (Ver cuadro Nº 1).

Esta situación ha generado en este último año algunos problemas en la medida en que al disminuir el número de residentes de Clínica, las actividades de los residentes a partir de 20 años se deben modificar, por ejemplo el sistema de rotaciones por otros servicios y otros hospitales. También supone un menor número de personas para cubrir las tareas tanto de asistencia como de supervisión.

En el año 1992 se proyectaron para la residencia del área de Clínica Médica un total de 62 cargos en toda la provincia de Buenos Aires, de ellos, 8 correspondían al Hospital San Martín. Si comparamos estos datos con los correspondientes al año 1983⁽²⁾, en el que la especialidad de Clínica Médica tenía un total de 44 cargos en toda la Provincia de Buenos Aires, vemos que han aumentado notablemente. Tal vez lo que haya variado es la distribución de los grupos de residentes en el territorio provincial. En esta redistribución la ciudad de La Plata y sus alrededores quedó con un número menor de residentes respecto de años anteriores si bien el número de cargos a nivel provincial creció.

⁽¹⁾ Los cupos los maneja el Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires.

⁽²⁾ PEREZ ARIAS y FELLER, 1988: 54.

CUADRO Nº 1

Cupos para ingresar a las Residencias del año 1992. Provincia de Buenos Aires.

| ESPECIALIDAD | CUPOS | HOSPITAL SAN MARTIN |
|---|------------|---------------------|
| KINESIOLOGIA | 8 | 2 |
| FARMACIA | 17 | |
| LABORATORIO | 37 | 3 |
| ODONTOPEDIATRIA | 11 | |
| PATOLOGIA GENERAL | 10 | 2 |
| ANATOMIA PATOLOGICA | 9 | 1 |
| ANESTESIOLOGIA | 80 | 6 |
| CARDIOLOGIA | 18 | 4 |
| CIRUGIA PEDIATRICA | 2 | |
| CLINICA QUIRURGICA | 38 | 4 |
| CIRUGIA REPARADORA | 6 | |
| CLINICA MEDICA | 62 | 8 |
| DERMATOLOGIA | 2 | |
| INFECTOLOGIA | 6 | 2 |
| REHABILITACION | 2 | |
| GASTROENTEROLOGIA | 10 | 5 |
| NUTRICION | 2 | |
| HEMATOLOGIA | 1 | |
| HEMOTERAPIA | 15 | |
| NEFROLOGIA PEDIATRICA | 2 | |
| NEFROLOGIA | 7 | 2 |
| NEONATOLOGIA | 48 | 5 |
| NEUMONOLOGIA | 12 | |
| NEUROCIRUGIA | 4 | |
| NEUROLIGIA | 2 | |
| OFTALMOLOGIA | 5 | 1 |
| ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA | 5 | 2 |
| OTORRINOLARINGOLOGIA | 35 | 2 |
| OTORRINOLARINGOLOGIA | 3 | |
| CLINICA PEDIATRICA | 135 | |
| PSIQUIATRIA Y PSICOLOGIA PEDIATRICA | 4 | |
| PSIQUIATRIA Y PSICOLOGIA MEDICA | 26 | 2 |
| DIAGNOSTICO POR IMAGENES/ Y RADIODIAGNOSTICO | 28 | 4 |
| TERAPIA INTESIVA | 36 | 3 |
| UROLOGIA | 4 | 2 |
| MEDICINA GENERAL | 92 | |
| TOCOGINECOLOGIA | 92 | 6 |
| PSICOLOGIA | 36 | 2 |
| TOTAL | 907 | 68 |

Fuente: Ministerio de Salud y Acción Social de la Provincia de Buenos Aires.

RESIDENTES (Sala I):*CARACTERISTICAS GENERALES.*

La mayoría de los residentes de la Sala I seguía la especialidad de clínica médica: el residente de tercer año, tres de los residentes de primer año, y los "pararesidentes" y concurrentes. Los dos residentes restantes eran rotantes de la especialidad de Cardiología.

El promedio de edad de los residentes era de 25 años.

De los residentes de 1º año tres eran varones y 2 mujeres, el residente de 3º, los pararesidentes y concurrentes eran varones. Los Jefes de Residentes también eran varones, y de los residentes de 3º, dos eran mujeres.

La composición según edad y sexo del grupo de profesionales médicos es importante a la hora de considerar las distintas modalidades de inserción en el mercado de trabajo. El trabajo asalariado en relación de dependencia tiene mayor incidencia en los profesionales con menor antigüedad en la profesión (de 0 a 4 años), así como en el grupo de mujeres jóvenes.

Para el caso de nuestra residencia tenemos que entre los residentes de 1º año hay mayoría de hombres (considerando a los pararesidentes y concurrentes también) y son los hombres los que han ocupado los cargos más altos dentro de la residencia (Jefes de Residentes) tanto en el año 1991 como en el '92 y '93. De los cuatro cargos de Residentes de 3º año, en 1991 tres eran ocupados por hombres.

Todos los residentes habían cursado sus estudios en la Universidad Nacional de La Plata y la mayoría contaba con estudios de idiomas (inglés). Todos vivían en La Plata o sus alrededores (Berazateguá, Berisso) y la mayoría se movilizaba para llegar al Hospital en micro; otros en tren, automóvil o moto.

HORARIO

El horario de trabajo de los médicos residentes es de 8 hs. a 17 hs. de lunes a viernes y los días sábado de 8 hs. a 12 hs. Los días de semana de 8 hs. a 13 hs. se realizan lo que ellos llaman "actividades asistenciales" en la Sala (atención del paciente, realización de estudios, interconsultas, etc.) y de 14 a 17 hs. se concurre a clases teóricas y/o teórico-prácticas. Los días sábado solo se realizan tareas de atención al paciente en la Sala. Además hacen 1 guardia por semana de 24 hs. y una rotativa cada mes los días sábado y domingo.

SALARIOS:

Los salarios aproximados eran (de los solteros, los casados tienen aparte el salario familiar):

Residente de primer año: A 6.700.000, Residente de segundo: A 7.000.000, Residente de tercero: A 8.600.000, Jefe de Residentes: A 9.000.000

El pago de los salarios se realizaba, en el período en que se desarrolló el trabajo de campo, en forma desdoblada, según disposición del gobierno de la provincia de Buenos Aires, en dos partes: en la primera se pagaba un máximo de A 2.500.000 y en la segunda se pagaba el resto del sueldo.

Los pararesidentes y concurrentes, que no perciben un salario por sus actividades en el Hospital, trabajan haciendo guardias en instituciones privadas una vez a la semana como medio para mantenerse. Los pararesidentes cumplen en la Sala las mismas actividades que los residentes de primer año, tienen el mismo horario, hacen una guardia de 24 hs. en la Sala y tienen un día libre en la semana. Los concurrentes no cumplen horario y su presencia en la sala no es segura ni continua. Ni los pararesidentes ni los concurrentes tienen asignados pacientes para atender, dependen de que los residentes "se los presten", esto es

que alguno de los pacientes que ellos deben atender les sea delegado a ellos. Aun así los pararesidentes tienen mayores probabilidades de que se les asigne un paciente que los concurrentes.

Es posible escuchar quejas y manifestaciones de disconformidad respecto de los salarios.

Algunos residentes consideran lo que pueden o no consumir con su salario, otros aluden específicamente a las características que asume su trabajo en el Hospital, es decir los sueldos no son acordes a las exigencias de las tareas a desarrollar.

Si bien la Residencia es un sistema de capacitación que debe permitir no sólo la instancia "práctica", es decir el "estar con el paciente", sino también la actualización "teórica", la investigación bibliográfica, etc., en los hechos estas actividades frecuentemente deben subsumirse a las necesidades de atención de la Sala.

"El ministerio nos paga, nos paga por hacer medicina asistencial y nos paga mal, porque trabajamos de 8 a 5 de la tarde, porque si bien la actividad de la tarde, nosotros vemos a los pacientes que se descompensan a la tarde, lo hacemos nosotros, tenemos una guardia por semana y una rotativa los fines de semana, si vos sacás la cuenta de las horas que estamos acá adentro, vivimos acá."⁽¹⁾

Las demandas salariales de los residentes fueron tratadas en una asamblea⁽²⁾ en la que se proponía una movilización para pedir casi el doble del sueldo percibido en ese momento. Esta demanda al menos hasta el mes de febrero de 1993 no había recibido respuesta favorable.

"Hay que movilizarse y pedir A 15.000.000, es difícil movilizarse y pedir esa guita pero es mentira que no hay inflación....".

⁽¹⁾ Entrevista 4-03-93.

⁽²⁾ Asamblea del 12-11-91, a la que fueron convocados todos los residentes, de todos los años y de todo el Hospital.

Señalemos que el tema de los bajos salarios se inscribe en el contexto general actual en el que se aplica un modelo económico-político neoliberal en el que se promueve una reducción de los "gastos" del Estado que en el caso del sector salud redundaría en la falta de elementos, en el deficiente mantenimiento, y, sobre todo, en los bajos salarios para el personal de salud. En el caso de los médicos residentes es importante destacar que la mayoría considera que sus salarios son bajos en relación a situaciones concretas: pagar la cancha de paddle, cenas en un restaurante, asistir a cursos, comprar electrodomésticos, o en otros casos pagar un alquiler o mantener una familia. En última instancia son las actividades que "no pueden hacer" o que no siempre se pueden hacer las que miden el monto del salario. Es decir de acuerdo a los "modelos" o patrones de consumo del grupo social al que pertenecen.

Algunos residentes de 1º año suman a su disconformidad con el salario el hecho de no tener la posibilidad de trabajar en otro lugar dadas las condiciones de contratación de la residencia (dedicación exclusiva), con lo cual no se pueden conseguir ingresos extras que aumenten la cantidad de dinero para vivir. Ninguno de los residentes de 1º año (en la Sala I al menos) tiene otro trabajo aparte de la residencia. Pese a la condición de exclusividad, sin embargo los que sí trabajan en otros lugares son los residentes de los años superiores.

Existe un control estricto, una regulación al interior de la residencia que impide que los residentes del 1º año trabajen en otros lugares y ello se justifica en relación a su capacitación diferencial.

"No las hacen todos, se pide a los de 1º que no las hagan porque no están preparados (...)estás en la residencia para formarte." (Jefe de residentes) (3).

En esta forma el grupo de residentes es dividido entre quienes "se están formando" (1º año) y los que ya "pueden trabajar" (3º año en adelante). Mientras los residentes de 1º año realizan sus tareas en la Sala, los residentes de los años superiores pueden ausentarse. En general no lo hacen los residentes de 3º año sino los jefes de residentes, y en días pautados de tal forma que siempre quede un jefe de residentes. La asistencia en la sala queda garantizada, en fin, por los residentes de 1º año.

CONDICIONES DE CONTRATACION.

Según el reglamento de residencias de la provincia de Buenos Aires, ésta tiene el carácter de una "beca con dedicación exclusiva", con lo cual "su percepción es incompatible con el desempeño de cualquier cargo público, privado, rentado y horario." (4)

A pesar de la prohibición, los residentes de tercer año, los jefes de residentes y algunos (contados casos) de segundo, hacen guardias en instituciones privadas. Esta situación es avalada no solo al interior de la Residencia sino incluso por el propio Director del Hospital.

"El mayor problema son los límites de las residencias rentadas, lo que no se puede permitir son los abusos porque hay gente nombrada en otros Hospitales a la vez que están nombrados en el Policlínico (Hospital San Martín). Entiende que los sueldos no alcanzan pero como salida laboral las guardias en otras instituciones sólo se justifican en los últimos años de las residencias, las residencias están para formar." (5)

Por un lado las guardias permiten por un lado aumentar el sueldo de bolsillo y por otro lado cumplen la función de ir preparando el

(3) Entrevista 11-11-91

(4) Reglamento de Residencias. Provincia de Buenos Aires; año 1992.

(5) Asamblea del 12-11-91. Opinión del Director del Hospital.

terreno para cuando finalicen la residencia, dado que no se les asegura una inserción laboral posterior y al hacer guardias periódicamente en alguna institución pasan a ser profesionales conocidos, situación que facilita su eventual ingreso al staff médico.

"Lo que importa es también poder entrar en otro laburo porque es difícil conseguir..." (6)

Las guardias son ilegales en relación al contrato de trabajo que implica la residencia, pero además son realizadas "en negro", constituyendo trabajos clandestinos y en situación de subcontratación.

"están fuera de la ley porque la residencia es un contrato de trabajo, la matrícula está bloqueada, hay dedicación exclusiva" (7)

"(Las guardias)...son ilegales, en negro. Te pagan sin recibo y cada día al finalizarla (...) hacés una o dos por semana." (Jefe de residentes) (8).

La posibilidad de trabajar en otras instituciones es una demanda que fue tratada en la mencionada asamblea:

"pedir mayor flexibilidad laboral, que haya por lo menos un día libre para laburar afuera, como mínimo en un período de seis meses para los residentes del último año." (9)

La consideración de la residencia médica como una "beca" nos lleva a agregar algunos comentarios.

Como señaláramos en el Capítulo I, la residencia constituye una forma de "desempleo camuflado": los médicos son contratados por un período breve (en general de tres años). Sin embargo no se trata simplemente de una beca para capacitación. Los residentes prestan el servicio médico en los hospitales, realizan una actividad que al ser un servicio implica que su trabajo contenga todas las

(6) Entrevista 11-11-91

(7) Asamblea del 12-11-91

(8) Entrevista 11-11-91

(9) Asamblea del 12-11-91

actividades útiles que el médico desarrolla al atender a un paciente. Como señala CORDEIRO⁽¹⁰⁾ "el servicio de salud, es (...) el resultado del trabajo de agentes de salud".

Esto es lo que principalmente se niega u oculta si la residencia es considerada solamente como una "beca". Es el trabajo médico lo que se "contrata" en la residencia, junto con el compromiso de un proceso de capacitación. Ambos aspectos se encuentran unidos: los residentes son estudiantes a la vez que trabajadores.

En los testimonios de los residentes existe cierta ambigüedad respecto de la condición de esta relación estudiantes-trabajadores. La concepción de que la residencia médica constituye una "beca" y que los residentes son "estudiantes becados que se están capacitando" no implica una "asumisión" sin conflictos de su categoría de estudiantes. Se trata de una situación contradictoria en la que sus demandas y las situaciones asistenciales críticas van marcando las líneas del conflicto y redefiniendo sus propias consideraciones respecto de ser estudiantes y/o trabajadores.

INSERCIÓN LABORAL AL FINALIZAR LA RESIDENCIA.

Para los residentes de los años superiores la inserción laboral al finalizar la residencia constituye un grave problema ya que las posibilidades, en todos los casos, surgen para ellos como inseguras.

"...estamos disponiendo al Hospital 3 años y a los 3 años quedás caduco, sin ninguna posibilidad de trabajo en otro lugar...o sea, se pasa de la residencia abruptamente a la nada." (Residente 10)

Las posibilidades laborales al finalizar la residencia consisten en realizar guardias en instituciones privadas, trasladarse al interior del país donde hay menor cantidad de médicos, hacer otra

residencia (Residencias de Segundo Nivel) en alguna especialidad o cursos de especialización.

En todo caso el sector Público no garantiza una utilización programada o planificada del recurso humano que capacita.

"Lo lógico sería que el Hospital o el Ministerio de Salud después de formar gente que es la mejor gente a nivel de examen, se la tendría que usar o utilizar de alguna manera, o sea, yo jefe de residentes, yo R3, que por algo llegó a eso, les vamos a decir, los vamos a insertar laboralmente aunque sea en una Unidad Sanitaria, 'vos vas a ir a trabajar a la Unidad Sanitaria de Del Carmen, con un sueldo de tanto y por tantas horas', eso no pasa." (11)

Respecto de la opción de realizar una especialidad para lograr una mejor salida laboral hay quienes sostienen que la facilita, otros señalan que es tanta la especialización en las ciudades que incluso en este terreno es difícil encontrar un lugar.

"Con una especialidad es más fácil sobre todo si se quieren quedar en una ciudad grande, entrar con especialidad, como especialista, porque es especialista en clínica pero es más fácil teniendo algo más chiquito, más puntual." (12)

"...si vos te recibís de cardiólogo, fijate en La Plata la cantidad de cardiólogos que hay, está lleno" (13)

El problema de la inserción laboral al finalizar las residencias y algunas de las opciones que se manejan en este sentido se relacionan con la situación actual del "mercado de trabajo médico" en la Argentina.

En primer lugar, la dotación de médicos en la Argentina es relativamente alta: según el censo de 1980 había 69.338 médicos en actividad, de los cuales el sector público absorbía el 51%. Las estadísticas que manejaba el Banco Mundial hacia 1987 señalaban que para el año 1985 había un médico cada 425 personas. También es alta la tasa de crecimiento del número de médicos aunque ésta varía por razones políticas. Por ejemplo, entre 1973 y 1976 no

(11) Entrevista 4-03-93. Jefe de residentes.

(12) Entrevista 24-02-93. Instructor.

(13) Entrevista 4-03-93. Jefe de residentes.

había restricciones para el ingreso en la carrera de Medicina lo cual derivó en un alto número de ingresantes y graduados; durante la época de la dictadura militar cae el número de ingresantes (se restringe la admisión) y hacia 1984 vuelve a crecer. En el período 1979-1982 se graduó un promedio de 5000 médicos por año, fenómeno que se repitió para 1990 en virtud del aumento de ingresantes a partir de 1984 (14).

Si bien las estadísticas plantean que la dotación de médicos es alta, hay que considerar que la distribución geográfica de estos profesionales es muy despareja. Mientras en la ciudad de La Plata existe un médico por cada 150 personas, las zonas de frontera y otras localidades marginadas cuentan con un médico por cada 5000 ó más habitantes.

La Plata es una ciudad que cuenta con una Facultad de Medicina y con una gran afluencia de estudiantes del interior del país. Esto supone una gran cantidad de médicos egresados y que practican la medicina; de ellos muchos deberán ejercer en instituciones privadas. La ciudad de La Plata y sus alrededores cuenta con siete hospitales públicos, los cupos para las residencias del año 1992 fueron 192 (es muy poco frecuente que se pueda ingresar en el staff médico) y la cantidad promedio de alumnos recibidos en los últimos 4 años es de 447,5 médicos(15). El sector público ofrece pocas opciones a excepción de las Residencias.

También el grado de especialización en nuestro país es alto (el 75% de los médicos actúan como especialistas), característica que se acentúa entre las franjas etáreas más jóvenes(16) según KATZ y MUÑOZ, esto redundaría en "beneficios" como menor cantidad de horas de trabajo semanales, menor incidencia del trabajo en relación de dependencia y mayor probabilidad de tener en propiedad

(14) KATZ-MUÑOZ, 1988: 23-25 y 109-110.

(15) Ver cuadros Nº2 y 3, Págs. 76-77.

(16) KATZ-MUÑOZ, 1988: 110.

equipos y aparatos complejos ⁽¹⁷⁾. Esta alternativa esta más bien sujeta a una gran competencia dado el número de médicos existentes.

En fin, los bajos salarios junto con la necesidad de asegurarse una salida laboral, llevan a movilizar al cuerpo de residentes de los años superiores hacia trabajos en instituciones privadas. Este movimiento implica para el sector privado una ventaja al contar con "mano de obra" ocupada clandestinamente, eludiendo aportes jubilatorios, de seguridad social, etc.

El mismo CORDEIRO⁽¹⁸⁾, remite también a este proceso de empleo-desempleo de los grupos menos calificados, principalmente jóvenes, que los ubica en una situación de "desempleo camuflado" con trabajos temporales, clandestinos, y en situación de subcontratación para la prestación de servicios en empresas o a autónomos.

El Estado a través de la Universidad y el sistema de la salud pública garantiza el desarrollo de "recursos humanos", o mejor dicho la capacitación de profesionales que luego serán ocupados mayoritariamente por el sector privado. "El sector público solventa la mayor parte de los estudios de pre y postgrado que se imparten en el país"⁽¹⁹⁾ y es el sector privado el beneficiario de esta transferencia de calificación profesional.

(17) KATZ-MUÑOZ, 1988: 110.

(18) CORDEIRO, 1984: 297

(19) KATZ-MUÑOZ, 1988: 80

CUADRO Nº2.

Estudiantes de Medicina recibidos en el período comprendido por los años 1981-1991.

| Año de egreso | Cantidad de egresados. |
|---------------|------------------------|
| 1981 | 796 |
| 1982 | 774 |
| 1983 | 884 |
| 1984 | 846 |
| 1985 | 744 |
| 1986 | 649 |
| 1987 | 538 |
| 1988 | 360 |
| 1989 | 555 |
| 1990 | 396 |
| 1991 | 479 |

Fuente: Facultad de Medicina de la Universidad Nacional de La Plata.

CAUDRO Nº3.

Cupos para residencias en los Hospitales de La Plata. Año 1992.

| Hospital | Cupos totales | Cupos Clínica Médica |
|----------------------------|---------------|----------------------|
| "San Martín" | 68 | 8 |
| "Sor María Ludovica" | 50 | |
| "San Juan de Dios" | 28 | |
| "Rossi" | 24 | 2 |
| "Gutierrez" | 15 | |
| "Bollin" | 4 | |
| "Instituto de Hemoterapia" | 3 | |
| Total | 192 | 10 |

Fuente: Universidad Nacional de La Plata, Facultad de Medicina.

ACTIVIDADES DE LA RESIDENCIA.

De acuerdo al Programa de la Residencia⁽¹⁾ las actividades de los residentes son de carácter tanto asistencial como docente.

Dentro de las actividades asistenciales se incluyen aquellas realizadas a diario (atención de los pacientes de la sala) y un conjunto de actividades a cumplir durante el transcurso del año (sistema de rotaciones y guardias). Estas últimas se asignan y organizan de acuerdo al año de residencia.

Residentes Primer año: actividad asistencial en sala y consultorio externo del Servicio (voluntaria). Deben realizar las guardias en la sala de Internación.

Residentes Segundo año: actividad asistencial en Admisión y consultorio externo (voluntaria). Rotan por Admisión y consultorio externo de Reumatología. Las guardias las cumplen en el servicio de emergencias del Hospital.

Residentes Tercer año: actividad asistencial, coordinación de las actividades asistenciales de los residentes de primer y segundo año, interconsultas. Rotan por Admisión y otros servicios del Hospital. Realizan las guardias en la Sala de Internación.

Jefe de residentes: coordinación de las actividades asistenciales de todos los residentes, de las rotaciones, actividades administrativas de la Residencia, supervisión de la asistencia a los pacientes en Sala y Consultorio Externo.

El plan de actividades docentes, de acuerdo al programa de la Residencia, comprende dos niveles:

El PRIMER NIVEL corresponde a los residentes de primer año y rotantes. El objetivo del programa apunta a brindar un marco teórico-conceptual de la clínica médica; un marco descriptivo sobre radiología, ECG. y medio interno; mejorar la capacidad

⁽¹⁾ Programa de Residencia en Clínica Médica, Hospital San Martín, Pabellón Rossi; La Plata, Pcia de Bs. As., año 1991.

semiológica de los residentes; y propone la realización de actividades conjuntas con los residentes de los años superiores como pases de sala (discusión de pacientes), realización de ateneos anatomo-clínicos y bibliográficos, discusión de pacientes con especialistas, protocolos y trabajos científicos, etc.

El SEGUNDO NIVEL corresponde a los residentes de segundo y tercer año. Tiene por objeto brindar: un marco conceptual de otras especialidades (incluye clases teóricas, actualización de temas entre residentes y especialistas invitados, mesas redondas, ateneos bibliográficos); la profundización de conocimientos teórico-prácticos respecto de diversos métodos complementarios de diagnóstico (medio interno, tomografía computada, ECG, gamacámara, etc.).

LAS ACTIVIDADES DOCENTES

La tarde es el tiempo reservado para las actividades docentes ("teóricas y teórico-prácticas"). Su duración es de tres horas o tres horas y media (de 13:30 ó 14 hs. a 17 hs.) e incluye la participación de los residentes en clases, mesas redondas y/o exposiciones de médicos especialistas invitados y de un "pase de sala" que organiza exclusivamente la residencia que se realiza una o dos veces en la semana.

Las actividades docentes son organizadas por los jefes de residentes y los instructores. Los núcleos temáticos que se tratan pueden dividirse en aquellos más o menos fijos explicitados en el programa de planificación docente de la residencia, y aquellos que se irán pautando de acuerdo a la posibilidad de recibir especialistas invitados, y a temas de interés más o menos particulares (por ejemplo en el tiempo en el que se realizó el trabajo de campo se organizaron charlas sobre cólera, ETS., se planificaba una sobre SIDA, etc.), o relacionados con "casos"

concretos que hayan aparecido en la Sala y sobre los que se desea profundizar el conocimiento.

"Por ejemplo si tenemos problemas de infectología, viene la gente de infectología"⁽²⁾

También se realizan las llamadas "actualizaciones" que consisten en dividir por grupos con distintos temas a los residentes de 1º y 3º año. Cada grupo debe investigar y buscar los últimos trabajos publicados; una vez recabada la información se organizan mesas redondas y se trata de que sea coordinada por algún profesional con mucha experiencia en el tema. Cada grupo irá presentando su tema en el transcurso de la semana y al finalizar cada una se realiza un resumen y se elige el más completo para archivarlo en la computadora.

Las actualizaciones no siempre se realizan con las últimas publicaciones (los "papers" científicos no ingresan inmediatamente en el país o bien tardan en llegar a la biblioteca de la Universidad, los que se consiguen llegan vía particular o bien porque lo trae alguien de un viaje, o por estar suscripto a una revista extranjera, con lo cual el acceso se condiciona).

"...por ahí lo que uno dice o lo que uno lee no es la última realidad..."⁽³⁾

Por otra parte las nuevas investigaciones pueden estar asociadas a tecnologías de punta, lo cual imposibilita su puesta en práctica con la tecnología disponible.

"O por ahí uno dice 'sí, eso está bárbaro pero acá en La Plata no lo podemos hacer porque no está ese aparato'...nosotros tenemos tal otro, entonces eso nos queda."⁽⁴⁾

La "última realidad" dentro del campo de la medicina es conformada por los últimos avances de investigación realizadas en los países

⁽²⁾ Entrevista 24-02-93. Instructor.

⁽³⁾ Entrevista 24-02-93. Instructor.

⁽⁴⁾ Entrevista 24-02-93. Instructor.

centrales. Según hemos señalado en el capítulo I, en los países dependientes las posibilidades de realizar investigaciones o que se desarrollen ciertas especialidades se encuentran determinadas por su situación de dependencia respecto de los países centrales así como por del desarrollo de sus fuerzas productivas.

El mayor volumen de investigaciones se desarrollan en los países centrales y sus resultados constituyen los últimos avances en investigación. Existe por tanto una división entre clínica e investigación asociada a estos procesos.

Pero la división clínica/investigación supone a su vez considerar la "división del trabajo intelectual y manual" entre los "investigadores" y los que ejercen la práctica asistencial. Estos últimos reciben los "descubrimientos" desde un "afuera" al quedar excluidos del proceso de investigación y en donde su "experiencia" cotidiana sólo es "utilizada" a lo sumo para corroborar o aplicar los resultados de investigaciones generados en otros contextos.

Además para el caso de nuestro país, a partir de la implementación de políticas neoliberales que conducen a la actual situación de "crisis" del sistema de atención pública, se restringen por ejemplo las posibilidades de aplicar los resultados de las investigaciones generadas en el contexto de los países centrales asociadas a tecnologías de punta, evidenciando entre otras cosas la brecha tecnológica que nos separa.

Esta situación produce cierta ambigüedad. Por un lado la "realidad" se constituye desde un doble "afuera" al ser delineada principalmente en el contexto de los países centrales y al quedar la práctica "clínica" excluida de un proceso de investigación. Por otro, en la práctica se hacen notorias las restricciones y se debe actuar de acuerdo a las posibilidades reales con lo cual que se institucionaliza un conjunto de profesionales aptos para el propio

sistema. En este contexto se genera un espacio de conflictos y demandas ("nos falta..." o "no llega...") y simultáneamente se construye cierta idea de "normalidad", es "normal" que éstas situaciones se den y se aceptan aunque no excluyan el conflicto.

El pase de sala de la Residencia:

El pase de sala de la residencia se desarrolla en las aulas que forman parte del espacio físico de la residencia, sin contacto directo con el paciente. En él los residentes de primer año "presentan" ante todos los residentes y el Instructor alguno de los "casos" de las Salas. El "caso" a exponer se elige con los residentes de 3º según un criterio que apunta ya sea a presentar aquellos que si bien se ven repetidamente, deben manejarse sin lugar a duda o titubeo; casos que raramente ingresan en las Salas; o un cuadro complejo en el que se identifican varias patologías. El "caso" se expone de la siguiente forma: se plantea el cuadro con el que ingresó el paciente: el relevamiento por medio del examen físico ("los signos") y las explicaciones del paciente respecto de su estado ("los síntomas", como por ejemplo momento en que comenzaron las molestias, características de éstas, etc.). A partir de esta información el grupo hipotetiza respecto de la patología probable que presenta el paciente y los estudios que consecuentemente pediría. Luego se comunica qué diagnosticó el residente que presenta el caso y los estudios que pidió. En caso de que se plantee y consensúe algún tipo de duda o la necesidad de contemplar alguna otra hipótesis se piden nuevos estudios o un nuevo examen físico a cargo del residente que presentó el caso y los resultados serán puestos a consideración del grupo en un nuevo pase de sala. Este mecanismo que funciona como control o como supervisión grupal, no excluye la participación y discusión

cotidiana entre los residentes de 1º año de la Sala, ya sea entre ellos o junto al Instructor o los residentes de años superiores.

Existe otro "pase de sala" que se realiza en la mañana, una o dos veces a la semana. Este pase de sala pertenece al Servicio, no a la Residencia y se realiza en la sala: el grupo de médicos se reúne a los pies de la cama de un paciente. El paciente no puede intervenir, si pregunta algo, o bien se lo ignora o bien se le responde con evasivas ("después hablamos", "no es nada"). El residente a cargo del paciente expone el "cuadro patológico", los estudios solicitados y describe su "evolución". El médico de planta y/o el Jefe del Servicio realiza algunas preguntas de orden "teórico" o técnico y/o correcciones respecto de lo expuesto por el residente; eventualmente se le hace un examen físico frente al grupo o se muestra la "mejoría" de las áreas del cuerpo afectadas por una enfermedad.

Es notoria la diferencia entre ambos pases de sala, no sólo por la ausencia del paciente sino por la forma que reviste: el que primeramente describimos involucra discusión y confrontación; en el segundo los residentes no hablan, sólo lo hace el que expone y si habla algún otro residente es porque se lo interroga directamente.

El Pase de Sala de la Residencia nace y se mantiene como inquietud de los Instructores y de los residentes de los años superiores. Es una actividad que se realizó desde que se creó la residencia (hace aproximadamente veinte años) y que se ha mantenido desde entonces. El criterio por el cual se decide esta modalidad apunta fundamentalmente a evitar la presencia del paciente ante las discusiones médicas respecto de las patologías, los tratamientos, los resultados de los estudios, que no son otros que las del

propio paciente. Los motivos son varios: el paciente "puede entender" la terminología médica y los médicos pueden no querer que el paciente se entere de algo; o el paciente "entiende mal", es decir deduce erróneamente a partir de lo que escucha; o puede participar de correcciones y señalamientos de errores que ha cometido el médico que lo atiende.

"Delante de los pacientes psicológicamente no es bueno. Se habla del paciente, por ahí el paciente entiende, en su cultura y todo lo demás, lo que decimos"... "por ahí el paciente queda llorando después del pase de sala, porque entendió mal lo que se dijo" (3)

Lo que se resguarda ocultándolo se justifica por los "efectos psicológicos" o la "distancia cultural". Según los residentes, el paciente no debe enterarse de lo que se interpreta que tiene en el momento mismo de la deducción, se le dirá lo que tiene en otros términos (no técnicos) con mayores o menores precisiones y cuando se esté completamente seguro.

El pase de sala de la Residencia es fundamentalmente una instancia de discusión respecto de las prácticas desarrolladas en la Sala, se controlan las interpretaciones, se verifica lo erróneo y lo correcto. Sobre el paciente se experimenta. Por ensayo y error se va aprendiendo la práctica correcta, pero el aprendizaje en estos términos es deseable que permanezca oculto para el paciente. En caso de haber un error por parte del residente y tener que introducir una modificación se le comunica (aunque no siempre), pero no se lo hace partícipe de la discusión que la motiva.

"Que al médico se le diga 'ésto está mal', sí, pero delante del paciente no... En el aula sí lo hacemos... discutimos, después al paciente se le dice el resultado 'mirá hablamos, vamos a cambiarte un poco el tratamiento'" (4)

(3) Entrevista 24-02-93. Instructor.

(4) Entrevista 24-02-93. Instructor.

La existencia de dos "pases de sala" nos alerta respecto de su funcionamiento en paralelo al interior de la institución. Los residentes critican el pase de sala "clásico", considerándolo como más autoritario y que no repara en "cómo se puede sentir el paciente". Frente a éste el pase de sala de la residencia es reivindicado como "superador" respecto de los puntos que se critican.

Al considerar las características de los "estilos" pedagógicos que se implementan en la residencia, podemos recurrir para su análisis al aporte de DAVINI respecto de los esquemas pedagógicos influidos por el "modelo escolar hegemónico" (7). Según nuestra autora sobresalen dos: el de la pedagogía de la transmisión y el de la pedagogía del adiestramiento.

En el primero, un docente/especialista expone un conjunto de informaciones, conceptos y teorías al auditorio. El saber impartido es incuestionable y los receptores son pasivos. La relación que se instituye es asimétrica. La práctica a lo sumo será citada para ejemplificar. Se pretende que lo que se aprenda en las exposiciones sea aplicado en la práctica pero a través de mecanismos desconocidos (8).

En el segundo, el objetivo es lograr la eficiencia fragmentando y reduciendo el proceso de trabajo a un gran número de técnicas específicas. El trabajador se limita a repetir operaciones hasta manejarlas diestramente. En este adiestramiento técnico no se procura el conocimiento de los fundamentos científicos que fundan su técnica (9).

Existe un tercer modelo pedagógico: la pedagogía de la problematización. En este modelo el alumno es el principal soporte

(7) DAVINI, 1992: 17.

(8) DAVINI, 1992: 9-10 y 17.

(9) DAVINI, 1992: 11-13 y 17-18.

de la formación y fuente privilegiada de conocimiento. El docente actúa como estimulador y orientador. La práctica es concebida como un acto colectivo. En ella se identifican los problemas, se busca información teórica para comprenderlos y profundizarlos; finalmente se plantean hipótesis de solución que al ser aplicadas permitirán producir un nuevo conocimiento y una modificación de las prácticas⁽¹⁰⁾.

Para el caso de nuestra residencia proponemos considerar que existe una convergencia de elementos de los distintos esquemas pedagógicos identificados por DAVINI.

En primer lugar podemos considerar que en el pase de sala del Servicio sobresalen algunos elementos del esquema de la "pedagogía de la transmisión" cuando se corrige y/o explica algo a los residentes, igual situación se percibe en las conferencias en las que un médico prestigioso realiza una exposición. En cambio en las actividades organizadas exclusivamente por la residencia existe una mayor "flexibilidad" sobre todo plasmada en los mecanismos de participación activa y discusión del pase de sala de la Residencia, en la consideración de las inquietudes de los propios residentes y en la profundización de la información relacionada con la práctica concreta. Sin embargo no podemos considerar que se dé el esquema de la "pedagogía de la problematización" tal como lo plantea DAVINI y no se da en éste caso el proceso dialéctico que la caracteriza. En última instancia ambos "pases de sala" comparten la misma construcción del paciente: es el paciente un "objeto" sobre el que se experimenta.

Los "estilos" pedagógicos implementados no cuestionan los fundamentos de los conocimientos propios de la disciplina médica. Esta procede por acumulación en un proceso que va de la

(10) DAVINI, 1992: 13-15 y 18-19

observación empírica al "caso" entendido como generalización empírica. Esto da cuenta de los términos en que se busca comprender y profundizar un problema y los contenidos y las fuentes de información o conocimiento que se consultan así como aquellas que no se utilizan.

Los fundamentos del conocimiento médico como acumulación de elementos empíricos supone un proceso de conocimiento basado en el ensayo y el error sobre el paciente y además supone lograr cierta eficiencia a través de la repetición de acciones técnicas. Pero además, acumulación y repetición parecieran ser elementos complementarios, en tanto no se repiten solamente operaciones técnicas sino que también en la repetición se "ajusta" la "mirada médica", el proceso de reconocimiento de los "casos" y consecuentemente el accionar "eficaz" del médico.

LAS EVALUACIONES

En cuanto a las evaluaciones y de acuerdo al programa de la residencia, se plantea que "se realizarán en forma continua, bajo los siguientes aspectos: a)desenvolvimiento en las tareas, b)cumplimiento de horarios y tareas asignadas, c)relación con los pacientes y el resto del personal sanitario, d)conocimientos teóricos con evaluación periódica con examen escrito, e)conocimientos de prácticas específicas (punciones pleurales, venosas superficiales y profundas, arteriales, abdominales, lumbares, hemocultivos, cultivos por punción, etc.)."

Hay dos exámenes escritos al año, uno a mediados y otro a fin de año. Los encargados de confeccionar el examen son los jefes de residentes junto al Instructor. El criterio para realizar las preguntas, según ellos, es "lo que se vio en el transcurso del año" y de esto lo que sea "más importante", esto es, aquellos temas que responden a problemáticas más o menos cotidianas con las

que toman contacto los residentes o núcleos temáticos en los que se haya hecho hincapié dada su importancia por más que "no se vean todos los días pero que tenés que saber qué es y no confundirlo con otra cosa". "El examen es fácil, nada del otro mundo, si por ejemplo se dieron tres clases sobre "x" sabés que es importante,, entonces lo estudiás.", "todos aprueban"⁽¹¹⁾.

Todos los residentes aprobaron el examen rendido en diciembre de 1991. Pero esto no implica que no hayan existido situaciones conflictivas. Una de ellas se refiere al tiempo del que disponen los residentes para estudiar, todos coincidieron en señalar que no tienen tiempo para estudiar: al salir del Hospital están cansados y prefieren realizar actividades que no tengan nada que ver con la residencia (desde practicar deportes hasta ocuparse de la casa o estar con sus familias). Esta falta de tiempo, en la época de exámenes, lleva a que estudien en la sala de residentes en los tiempos que les quedan libres en la mañana o en la tarde⁽¹²⁾.

Otra de las situaciones conflictivas parece ser la relación entre los residentes de 1º y los jefes de residentes en épocas de examen, dado que siendo estos últimos los encargados de confeccionarlo modifican su actitud respecto de los residentes de 1º año asumiéndose como docentes si se quiere en el plano de lo referido al examen. Señalo esto a partir de lo observado y de algunas discusiones escuchadas entre los residentes de 1º año y los jefes de residentes; momentos en que se dan diálogos como este: "R1º:- decinos algo del parcial", "J.R.:(...)"R1º:-Me molesta tu actitud de jefe que no quiere decir nada del parcial", "JR:-A mí tu actitud de 1º que pregunta para sobresalir,¿quierés

⁽¹¹⁾ Entrevista 14-11-91 (jefe de residentes).

⁽¹²⁾ Cabe señalar que una de las críticas que se hicieron en la asamblea del 12-11-91 fue que cuando no hay clases deben quedarse hasta las 17 hs lo cual para ellos carece de sentido y deberían poder irse a sus casas.

ser jefe, hacer buena letra y vigilantear?", "R10: No es eso, podrías decir algo", "JR: Se toma lo que vimos."⁽¹³⁾. De acuerdo a lo observado, fueron varios los residentes que han hecho este tipo de preguntas siempre obteniendo respuestas similares "se toma lo que vimos".

Es en los momentos próximos a los exámenes cuando se "marcan" las relaciones de autoridad entre los residentes. De la horizontalidad que caracteriza al grupo al compartir fiestas o reuniones, se pasa a una situación de imposición de jerarquías. La horizontalidad a la que hacemos referencia no implica que entre los residentes no exista una "organización" jerárquica claramente aprehensible en la distribución de tareas, sino que ésta, en las actividades cotidianas supone una primacía de cierta horizontalidad, una relación entre "pares".

LA "AUTONOMIA RELATIVA" DE LA RESIDENCIA Y LA FORMACION.

"...todo pasa entre residentes..." (Residente)

La Residencia tiene un amplio grado de libertad de acción evidente tanto en la organización de sus actividades docentes como en los contenidos del Programa. Los contenidos generales del programa y los núcleos temáticos específicos a tratar los pauta la residencia: el Instructor junto a los Jefes de Residentes.

El Ministerio de Salud de la provincia de Buenos Aires y su departamento de Docencia e Investigación de la Dirección de Medicina Asistencial, es formalmente el órgano encargado de llevar adelante todo lo referente al concurso para otorgar las residencias y de organizar las actividades docentes y de evaluación. Este último punto es sólo declamatorio pues en los hechos no participa más que designando por concurso al Instructor

y a los residentes. La residencia entonces tiene una autonomía relativa; frente al "vacío" que supone la falta de contacto con un órgano institucional que dé pautas claras e intervenga activamente, tiene un amplio margen de acción.

"(...)lo hacemos nosotros, es decir, teóricamente el Ministerio tiene que mandar por lo menos las pautas, pero, hemos trabajado mucho con eso, incluso en el Ministerio y nunca hemos logrado algo que sea, que se pueda aplicar a todas las residencias. Así que un poco cada Residencia o cada Hospital la hace por su lado, por eso hay un montón de programas." (14)

Pero esta "autonomía relativa" se refiere asimismo a la relación entre los médicos de planta del servicio y los residentes.

Lo más destacable es la ausencia de los médicos de planta en las Salas y otras áreas del Hospital; no todos (como aclaran los residentes) pero sí la mayoría. De acuerdo a lo observado, puede señalarse que es muy raro encontrar al médico de planta junto a los residentes en la Sala, algunas veces está en la habitación que precede al sector "Aislados", pero por un rato (una o dos horas), el resto del tiempo no se encuentra en la Sala. Como hemos visto, sí existen momentos en la semana en los que el médico de planta está junto a los residentes: durante los pases de sala del servicio.

"(...)no hay médicos de planta... En realidad no están nunca, firman y se van o están un ratito y desaparecen..."(Residente 10) (15).

"Los médicos de planta no existen (...)los ves con suerte en los pases de sala (...)" (16)

"Eso tiene excepciones muy importantes, hay médicos de planta que están...pero desgraciadamente no es la regla, son excepciones." (Instructor) (17)

La autonomía de la residencia se construye en los hechos dado que de la mano de esta ausencia se dan dos fenómenos. Por un lado las

(14) Entrevista 24-02-93. Instructor.

(15) Entrevista 5-12-91

(16) Entrevista 24-02-93. Instructor

tareas de los médicos de planta quedan en manos de los médicos residentes que deben actuar sin reparar en su presencia o no, y por otro la "formación" queda circunscripta a la propia residencia.

Comenzaremos considerando la ausencia de los médicos de planta en lo que atañe a que delegan en el médico residente la suma de las tareas de asistencia.

Los propios médicos de planta señalan que sus actividades consisten en la atención del paciente al igual que los residentes. Como justificación del hecho de no hacerlo ellos mismos, se plantea que en el proceso de atención del paciente los residentes "aprenden", adquieren experiencia práctica, con lo cual dejarlos hacer redundaría en el beneficio del residente.

"Revisar al paciente, diagnosticar, indicar un tratamiento.", "claro que los dejamos hacer (a los Residentes) porque ellos quieren estar con los pacientes, así es mejor porque aprenden, si hay casos complicados los atendemos nosotros, **de moverse se ocupan los residentes.**" (Médico de Planta) <17>

Por su parte el reglamento de Residencias de la Pcia de Bs. As. en su artículo quinto contempla este tipo de situaciones aclarando expresamente que los médicos deben cumplir sus funciones normales y diarias de atención de los pacientes aparte de las de enseñanza respecto de los residentes.

"El cuerpo profesional de los establecimientos tiene la obligación de cooperar plenamente con las actividades de aprendizaje de los residentes y las tareas que éstos realicen no significa sustitución de los deberes y responsabilidades de los profesionales del servicio."

Los casos "complicados" o los "interesantes" ("casos" en que se identifican varias "patologías" o casos "atípicos" sobre los que el diagnóstico no es seguro) los atienden en general los residentes, y si llegaran a encargarse los médicos de planta lo único que hacen es el diagnóstico; los pedidos de estudios, los

<17> Entrevista 03-02-92. Médicos de planta.

resultados, el seguimiento y los controles médicos los realizan los residentes; ni siquiera colaboran haciendo los controles médicos de los pacientes de la sala cuando un residente tiene que ocuparse de sacar turnos, buscar estudios etc., fuera de la sala.

"...si no los ves vos no los ve nadie, a no ser que le interese al médico de planta el paciente porque se puso interesante como dicen ellos, entonces vienen y lo diagnostican..."(18)

El tiempo de trabajo de los médicos de planta es utilizado ya sea para realizar otras actividades dentro o fuera del Hospital o simplemente reunirse a conversar.

"...los médicos de planta utilizan su actividad diaria que tendría que ser para trabajar en el Hospital, para dar clases. Entonces tenés que vos venís un día a la mañana y el médico de planta no está con vos en el sector, está viendo los pacientes con las comisiones de la facultad..."(19)

Los residentes aprenden a ser médicos dentro de una pauta de organización de actividades que supone una estructura jerárquica. En este contexto se van delegando actividades en aquellos sujetos que detentan menos poder. Los médicos de planta delegan sus actividades en los residentes. Dentro de la residencia los de 30 año en los de 10. Se paga un "derecho de piso". Los residentes que recién entran se encargan de una cantidad importante de tareas que los "más viejos" no realizan; éstos últimos a su vez, en algún momento estuvieron en igual situación que los residentes de 10 año. Esta situación vale también para los médicos de planta respecto de los residentes: pagarán su derecho de piso al quedar encargados de "moverse".

Pero si bien se critica la actitud de los médicos de planta, dentro de la residencia se produce una situación similar. Los que más se "mueven" son los residentes de 10 año pero esta situación en ningún momento es cuestionada. En definitiva "pagar un derecho

(18) Entrevista 28-01-92.

(19) Entrevista 04-03-93. Jefe de Residentes.

de piso" aparece como "natural", y aunque surjan críticas en el caso de los médicos de planta, en los hechos también se percibe como "normal" que no estén y que no se pueda contar con ellos. Los residentes actúan sin reparar en la presencia o no de los médicos de planta.

Dado que los médicos de planta se ausentan habitualmente los referentes de mayor experiencia son los residentes de 2º, 3º, los jefes de residentes y el instructor.

"...digamos que la formación del residente es puramente exclusiva de los residentes. A vos te forman otros residentes superiores...es una cadena..."(20)

"...somos nosotros solos, todo pasa entre residentes."(Residente 3º)(21)

Esta situación genera conflictos, por un lado surge la demanda de que los médicos de planta estén en la sala junto al residente pero su presencia se espera que sea continua con lo cual paralelamente se critica que aparezcan de vez en cuando y que impartan órdenes o intenten imponer sus puntos de vista cuando diariamente son los residentes solos los que toman las decisiones individualmente o discutiendo y consensuando en grupo. También se critica la gran responsabilidad que implica para el residente estar "solo" (sin la supervisión de los médicos de planta) con el paciente, la "responsabilidad" remite a las posibles dudas o los errores, respecto de las dudas quedan "cubiertos" por los residentes de los años superiores y por el instructor; respecto de los errores (la mala praxis) quien responde en última instancia es el médico de staff (22).

(20) Entrevista 28-01-92.

(21) Entrevista 12-12-91

(22) A los médicos residentes frente a un caso de "mala praxis" se les inicia a lo sumo un sumario administrativo dentro del Hospital, que generalmente llega a buen término para el residente; considérese que las "pruebas" las aportan los mismos compañeros o los enfermeros, con lo cual generalmente el residente demuestra la veracidad de lo contrario que se le imputa (Entrevista 14-11-91).

"...en las Salas, en algunas, preguntás ¿cuál es el médico de sector?. No lo conozco, no vino nunca, y la respuesta de los más viejos suele ser: mejor que no venga porque si viene te complica todo, pone cosas en las que no estamos de acuerdo porque la residencia discutió y llegamos a una conclusión de que no era ese el tratamiento o que no había que hacer eso y el tipo viene y lo impone a veces en forma autoritaria."

"...en general nosotros tenemos que estar sobre el paciente pero la responsabilidad sobre ellos la tienen ellos (los médicos de planta), en lo formal y en lo concreto, ellos son los que tienen responsabilidad sobre el paciente, en ningún lado está estipulado que nosotros nos tenemos que hacer cargo de eso." (23)

Surgen una serie de justificaciones por parte de los "médicos más grandes" respecto de sus propias ausencias, ellas remiten a que durante la residencia los médicos tienen su "primer contacto" con el paciente y es su oportunidad para aplicar sus conocimientos académicos. Es la oportunidad de empezar a lograr "experiencia". A nuestro parecer, no se trata del "primer contacto" con el paciente; éste en última instancia se viene forjando desde sus experiencias como alumnos de la Universidad. Uno de los rasgos sobresalientes es el de que se aprende la asignación de un lugar de subordinación al paciente, su completa disposición para que se despliegue la "mirada" médica; lo nuevo en este caso sería la posibilidad de experimentación, se aplica lo que se aprendió en la universidad sin duda, pero también se abre el espacio para el ensayo, la puesta a prueba de lo aprendido, la adquisición de la experiencia que a través del ensayo-error permita el reconocimiento correcto de las patologías y de las acciones médicas a desarrollar.

"Cuando uno recién sale de la facultad tiene la ansiedad de estar con los pacientes, tratar la mayor cantidad de casos que se pueda, tratar de lograr una experiencia completa. Esto se logra en la Residencia, es tu primera experiencia para aplicar todo lo que aprendiste en la Facultad" (24)

(23) Entrevista 25-01-92

(24) Entrevista 03-02-92. Médicos de planta.

Pero algunos médicos de staff opinan además que la "soledad" tiene un efecto de aprendizaje. Para aprender hay que sufrir, es en ese sufrimiento que se logra no olvidar jamás el "caso": el diagnóstico, las características, los procedimientos terapéuticos, etc. Por ello para que la experiencia sea "imborrable" cuanto más se sufra por estar solo será mejor, con lo cual la guardia del Pabellón Central alcanza el máximo nivel de importancia dentro de la capacitación, sobre todo por la velocidad con que se debe proceder frente a "casos" agudos (situaciones de vida o muerte inminentes), en la Sala en cambio se dispone de tiempo.

"En la guardia el residente generalmente se las tiene que valer solo...entonces viene un caso inesperado frente a un médico inexperto. Esto genera la **primera angustia**...porque la falta de formación induce a la información y al aprendizaje dada la necesidad de resolver el problema del paciente, entonces a través de una **compulsión en ese aprendizaje** y frente a la necesidad humana de resolver el problema del paciente inesperado, él hace una experiencia muy profunda...**no se olvida jamás**, así vea un solo caso."; "Ahora en la experiencia de la sala es distinto porque ya es un tránsito con más tiempo no está generalmente la emergencia que hay que resolver en una o dos horas"⁽²⁹⁾.

Si en la Guardia ("el Central") estar "solo" implica una experiencia importante según los médicos de planta, esta justificación puede orbitar con más razón cuando los residentes están "solos" en la Sala en donde los "casos" pueden resolverse con tiempo, tiempo que permite consultar a los compañeros, al instructor o buscar datos en un libro. Las opiniones de los médicos de planta respecto de dejar solos a los residentes se enfrentan a las de ellos, particularmente en lo que se refiere a la Guardia. No se señala que la experiencia no sea valiosa o importante pero no se comparte la idea de que la mediación de la angustia favorezca el aprendizaje. No se olvidan del caso, pero tampoco de la angustia de no saber qué hacer, de no tener

⁽²⁹⁾ Entrevista 24-02-93. Jefe del Servicio.

elementos necesarios (respiradores, oxígeno, etc.) y que la falta de elementos en muchos casos ponga en juego la vida del paciente.

"...mirarte con un compañero tuyo, adelante de un paciente que sabés que se está muriendo y no saber qué miércoles hacerle, y se muere, se muere, y qué tiene, qué tiene, y no sabemos qué tiene y teníamos que venir acá y buscar a nuestro instructor (...) porque el neurocirujano se abría de piernas, el neurólogo no estaba, el cirujano lo miraba de lejos, y nadie te decía nada y todos se iban y por supuesto el que quedaba al lado de la cama sos vos" (26).

No es sólo que los médicos de planta no los acompañan, los residentes enfrentan situaciones difíciles no sólo en términos médicos (vida-muerte, complicaciones, etc), sino también respecto de los elementos materiales con los que cuenta el Hospital (la falta de elementos para actuar). Si no saben qué hacer y tienen que actuar rápidamente, no van a ir a consultar en un libro ni pueden contar con los médicos de planta, tienen que cruzar corriendo el Pabellón para buscar al Instructor porque los médicos no están ni en el Central ni en la Sala. El Instructor es lo único seguro, pero debe dividirse entre las cuatro salas de Clínica y la Guardia. Los días en que hay más de un paciente mal la tensión en el ambiente es terrible: nervios, corridas, gritos.

"...vienen los pacientes realmente mal y se mueren, todos nos hemos comido dolores de cabeza, ¿quién no se ha descompuesto, quién no ha salido realmente amargado de estar ahí adentro? y ver cómo se les escapan las cosas de las manos y no podés hacer nada y con un grado de hipocresía de los médicos más grandes (...)niegan la realidad, como por ejemplo nos ha pasado pedir un monitor, un electrocardiógrafo, porque no tenemos (...) bueno, cuando fuimos a pedir eso hubo tipos (...) que dijeron que eso nosotros no lo necesitamos en la guardia (...), claro porque Ud. no lo ve al paciente; uds. están arriba sentados..." (27) (Jefe de residentes).

Pero en una Residencia no sólo se aprende de los médicos de planta o de los instructores, también se aprende de los enfermeros, de los técnicos etc.

(26) Entrevista 25-01-92

(27) Entrevista 25-01-92

"Aprendés de ellas (de las enfermeras) y de todo el mundo, aprendés del último trucho, de lo que puedas, inclusive de los tipos que vos no considerás médicamente, es decir lo que nosotros llamamos que son berreta, berreta (...) por ahí te dice 70, de las setenta, 68 son malas pero vos vas a tener buenas seguro, porque ninguno puede ser tan torpe; ¿viste?, vos no sos dios acá, vos sos un trucho, cuando entrás no sabés nada, asique todos te tiran una, después vos vas valorando y vas viendo de que les tenés que preguntar a cada uno, no podés pedirle peras al olmo, tenés que pedir lo que te da cada uno" (Jefe de Residentes) (28)

Tampoco se aprende solamente ciertos "conocimientos técnicos" sino que el trabajo diario involucra llamémoslo "saberes operativos", es decir aprender a evaluar y decidir a quién se pregunta y a quién no, con quién se conversa y con quien no para "apurar" el resultado de un estudio, cómo se "debe tratar" a ciertas personas (las formas de hablarle por ejemplo), a quién se encarga o no la realización de algún estudio u otra actividad, etc.

"...tenés que aprender a esquivar tipos sin que se enteren (...) porque no sirve lo que hacen (...) Entonces tenés que aprender a esquivarlos, decir que vas a hacer una cosa y vas a hacer otra, no contarle el paciente, contarle la mitad." (29)

Estos "saberes operativos" por un lado remiten a estrategias que garantizan el funcionamiento del Servicio, van supliendo las deficiencias, pero a su vez involucran la "normalización". Al aprender "qué hacer" cotidianamente se va construyendo la normalidad respecto del conjunto de condiciones en que los médicos ejercen su práctica ("es así, no podés cambiarlo").

EL "NIVEL DE FORMACION".

El "nivel de formación" de la residencia es considerada por todos los residentes como "excelente", "la mejor". Su "fama" como tal lleva a que sea elegida para realizar la residencia en clínica médica (al menos) no sólo por el "nivel" de capacitación que se logrará sino también por el prestigio que acompaña a los

(28) Entrevista 25-01-92

(29) Entrevista 25-01-92

residentes recibidos. Las referencias las obtienen por consultas a residentes, o por conocerla directamente (recordemos que los estudiantes pueden concurrir como "practicantes" al Hospital o simplemente por ir a cursar alguna materia).

"Es el mejor lugar estatal en Clínica"; "Es el mejor Hospital de Clínica"; "Es una residencia dónde la formación profesional es completa y el Hospital es considerado centro de referencia de la provincia de Buenos Aires"⁽³⁰⁾ (Residentes de 10 año).
 "Sí, clínicamente sí. Está reconocida la residencia (...) vos tenés un cachet que sos residente del Pabellón Rossi del Hospital San Martín, eso es muy importante: yo soy ex residente del Hospital San Martín" (Jefe de Residentes).

Pero además de la capacitación que pueda dar la Residencia todos los residentes consideraron que la formación debe ser continua, "nunca acaba", y se subrayó la necesidad de completarla por fuera: hacer cursos de actualización, asistir a congresos, etc.

Estos cursos, congresos, etc. suman puntaje a los antecedentes y son importantes para buscar después trabajo, de modo que se responde no sólo a una "voluntad de saber", de perfeccionarse, sino más bien a las exigencias del mercado laboral y a la creciente exigencia de nuevos títulos y certificados de postgrado.

De hecho en la Asamblea de residentes del 12-11-91 uno de los problemas planteados era que los residentes tenían menor puntaje que aquellos concursantes que "hacen cursitos".

Resta plantear qué es lo que los residentes consideran como excelencia en la formación. Uno de los puntos es el relacionado con las "actualizaciones" teóricas, como ellos señalan, si bien falta "el último artículo". El material con que cuentan es abundante (los listados de la computadora son voluminosos), reciben un alto número de especialistas invitados de trayectoria reconocida (como mínimo una vez por mes concurre algún

⁽³⁰⁾ Entrevistas diciembre 1991.

especialista, y es habitual que por semana se realicen dos o tres "charlas").

"...por las actualizaciones, por la parte digamos teórica." (31)

De acuerdo a lo señalado por los médicos, la "teoría" incluye las actividades que realizan en la tarde, y especialmente las "actualizaciones".

"(Lo que ven a la tarde) es todo teórico, el complemento de lo que se ve en la Sala; se dan cosas generales, lo concreto es lo que se ve en la Sala." (32)

"(a la tarde) tenés teoría (...) las actualizaciones, charlas de invitados..." (33)

Todos los "nuevos descubrimientos", el conocimiento nuevo que llega a través de las publicaciones científicas o mediante las exposiciones de los médicos especializados, se basa en la observación de "casos". La teoría se forja en la acumulación de la experiencia empírica y su "corpus" está formado por generalizaciones empíricas.

Pero aparte del tema de las actualizaciones (últimos descubrimientos "tóricos") la "formación de excelencia" incluye otro elemento destacable. Se trata de la cantidad de "casos" que se ven:

"Es un centro de derivación importante y se ve una gran variedad de patologías" (34)

Los "casos", las "patologías" configuran aquello que la medicina considera como enfermedad, se trata de la definición médica de la enfermedad.

La cantidad de "casos" que "muestran" patologías es la que va conformando la "experiencia médica". La "experiencia" médica procede por acumulación. Es en la "cantidad de casos" donde se

(31) Entrevista 24-02-93

(32) Entrevista 5-12-91

(33) Entrevista 11-11-91

(34) Entrevista 12-12-91

puede lograr el reconocimiento sin titubeos de todo el espectro de patologías que se han ido conociendo a lo largo de los años de estudio en la Universidad.

Este reconocimiento implica por un lado identificar rasgos descriptos ya sea en libros o en los "preparados" (órganos y partes del cuerpo humano conservados en formol) que no siempre coinciden con la tipicidad de lo ya conocido; y por otro lado, lograr el entrenamiento para "reconocer" en las variaciones una tipicidad que permita definir una patología en particular (o combinaciones de varias). Por ejemplo, identificar un soplo cardíaco supone primero saber que uno de los "ruidos" que se auscultan es tal, supone descartar otros ruidos cardíacos, supone identificar tanto los más evidentes (más "sonoros", más claros) como los que no lo son. Reconocer una "ictericia" en los libros parece sencillo, basta con examinar el tono de la piel (amarillento) y los ojos (se presenta una línea amarilla debajo de la pupila), pero estos signos o bien no siempre delatan una ictericia o bien no están presentes claramente pero sí se trata de esta "enfermedad".

El "reconocimiento" se consigue al "descubrir" múltiples cuerpos con variaciones en las marcas, en los signos, que identifican una enfermedad. Entrenarse para "ver" en la multiplicidad la marca que reunifique los signos en un punto conocido (o definido por el saber médico) para poder actuar. Pero también entrenarse para "ver" aquello que no es común de encontrar, lo "raro", poder identificar los "casos" que raramente ingresan al Hospital. Un centro de derivaciones importante da la posibilidad de incluir lo "exótico" dentro de la experiencia cotidiana.

El proceso por el cual se logra la "experiencia médica" no sólo incluye la cantidad de "casos" que ven los residentes, también es considerada fundamental aquella que es aportada por los médicos con muchos años de ejercicio de la profesión. El médico "más

grande", como dicen ellos, aporta al residente un "saber" forjado en la cantidad de "casos" que ha tratado. Es quien detenta la mayor "experiencia", posee la mayor acumulación de casos en su memoria y su aporte en este sentido es altamente valorado por los médicos más jóvenes.

"...el médico de planta tendría que estar más capacitado que el residente, por la cantidad de años que tiene, por la experiencia que tiene y por la cantidad de pacientes que ha visto..."(35)

"...la experiencia es importante...el hecho de estar todos los días y de aportar algo de su experiencia es muy importante para el residente..."(36)

(35) Entrevista 04-03-93. Jefe de Residentes.

(36) Entrevista 04-03-93. Jefe de Residentes.

ACTIVIDADES DE LOS RESIDENTES EN LA SALA.

Las actividades que se desarrollan en la Sala, en la mañana, se despliegan en un abanico mucho más complejo de lo que se puede plasmar al hacer referencia a las actividades asistenciales.

Las actividades asistenciales consisten en la atención médica del paciente internado las cuales en principio, de acuerdo a lo señalado por los residentes, incluyen aquellas que "corresponden" a los médicos y aquellas que "no les corresponden" pero que realizan igualmente. A través del análisis de las entrevistas se puede deducir que existe un "modelo ideal" respecto de lo que "debe ser" y que "las que corresponden" consisten en: cuando un paciente ingresa se le efectúa un "interrogatorio" (que apunta a conocer la causa de la internación) y un examen físico que permita colegir los síntomas y signos de alguna patología; se propone una primera hipótesis respecto del "cuadro patológico" del paciente y a partir de ésta se solicitan los estudios que se consideren relevantes para el "caso"; una vez obtenidos los resultados se corrige o comprueba la hipótesis inicial y en base a la identificación correcta de la patología se prescribe un tratamiento. Finalmente, de acuerdo a la evolución de éste se le da el alta atendiendo a una evaluación en términos exclusivamente médicos. Durante el período de internación el médico residente evaluará diariamente el estado del paciente (control médico) con preguntas y/o exámenes físicos según sea necesario. Si bien estas actividades efectivamente se realizan, a ellas se suman otras que van delineando importantes matices respecto del ideal.

La enumeración de las actividades que "no les corresponden" nos introduce de lleno en lo que son aquellas **condiciones del ejercicio del trabajo** que suponen mayores críticas por parte del grupo de residentes. Sus críticas apuntan por un lado a señalar la insuficiente cantidad de personal, principalmente de enfermería,

camilleros, secretarios. También faltan elementos, los aparatos no funcionan, se producen "cuellos de botella". En conjunto estas condiciones de ejercicio del trabajo desembocan en los "tiempos que se pierden" y que implican para ellos un problema en relación al proceso de capacitación (problema que profundizaremos más adelante.

Hemos agrupado por temas los puntos que reúnen las mayores críticas de los residentes y los describiremos a continuación.

1- Insuficiente cantidad de personal.

Los residentes señalan que deben "hacer de camilleros", recordemos que existe solo un camillero para las 4 salas, con lo cual los residentes deben tomar la camilla y llevar al paciente al lugar del Hospital que sea necesario (rayos, cirugía, UTI, etc.) o incluso a otros Hospitales por derivaciones, aguardar a que se realice el estudio y regresar a la sala (nunca dejan al paciente solo a menos que alguno de sus pacientes de la sala se descompense en cuyo caso lo suplanta otro residente para que pueda regresar a la sala).

"...tenemos 1 camillero solo para todo el pabellón gigantesco éste, y bueno vos sos camillero..." (1)

También señalan la "fala" de personal de enfermería, pero no sólo lo relacionan con el número sino con el desempeño de éstas en sus tareas que a su vez se compara con lo que ellos mismos deben hacer: los momentos en que los residentes "hacen de enfermeros". Así se señala, en algunos casos que no siempre están suficientemente capacitadas por lo cual ellos realizan las tareas.

"...falta personal de enfermería competente y recaen sobre nosotros tareas que deberían realizarlas ellas, por ejemplo controles de temperatura o presión arterial" (2).

(1) Entrevista 25-01-92

(2) Entrevista 9-12-91.

Otros señalan que si pusieran más "voluntad" podrían desempeñar igualmente las tareas que les corresponden.

"...yo creo que enfermería también porque son pocos(...)pero igual, igual vos ves que no hacen nada. Yo creo que pueden desempeñarse bien si quisieran"⁽³⁾ (Residente 19).

"...trabajan por ahí poco, toman más mate del que deberían tomar, se meten en un sucuchito y no las encontrás (...) son 4 para toda la Sala y hay veces que hay menos...encima hay salas como ésta que tienen muchos neutropénicos...que necesitan atención pero casi estricta, en muchos lugares hay una enfermera para ellos, y acá están las 3 para ellos y los demás, así que es una locura total."⁽⁴⁾

Otros en cambio mencionan que con la cantidad de camas que atiende cada enfermera y con los sueldos que perciben no se puede pretender más de ellas, hacen todo lo posible por realizar sus tareas.

"las enfermeras realmente con el sueldo que tienen, con la cantidad de camas que tienen, en general las enfermeras son divinas...hay excepciones, hay hijos de puta como en todos lados pero en general es buena la predisposición..."⁽⁵⁾.

Hay enfermeras a las que se las busca para diferentes actividades: algunas para poner un suero, inyecciones, o encargarse de administrar la medicación y de la vigilancia estricta de un paciente, otras para ordenar la medicación, sueros, inyecciones que se van a aplicar en la mañana ("X preparame tal cosa para que Y la tenga lista"). No es raro observar a los residentes realizando "actividades de enfermeras" (ponen inyecciones, controlan pulso o temperatura, ordenan la medicación del día para cada paciente, etc.) ya sea por la falta de personal o por que lo consideran "escasamente capacitado".

La capacitación del personal de enfermería, los residentes la miden de acuerdo a la comparación con las tareas que ellos mismos normalmente realizan y que pueden delegar en algunas de ellas (las

⁽³⁾ Entrevista 28-01-92

⁽⁴⁾ Entrevista 25-03-92

⁽⁵⁾ Entrevista 25-01-92

"más capacitadas"): controles médicos, aplicación de medicamentos, seguimiento estricto.

"...J. (un enfermero) tiene siempre todo preparado, lo que hay que hacerle al paciente; discutís de igual a igual que tiene el paciente o que hay que hacerle, a veces se encarga él del paciente si tenés mucho trabajo, es de absoluta confianza" (6)

Pero no sólo debemos considerar que los residentes encargan ciertas actividades en determinadas enfermeras. Existe una "delegación múltiple" que abarca también al personal de enfermería. Así las tareas más rutinarias o "menos deseadas" son delegadas a los sujetos que se consideran "menos capacitados".

Señalemos finalmente que la insuficiente cantidad de personal de enfermería es un rasgo sobresaliente en nuestro país desde hace poco más de una década. Como señalan KATZ y MUÑOZ (7) la dotación de enfermería es baja (en 1980 había 64.685 enfermeras en todo el país) en relación a la cantidad de médicos de acuerdo a los patrones internacionales. En 1980 la proporción era de un enfermero por cada médico mientras que en los países desarrollados asciende a 4 ó 5 por cada médico.

2- Actividades administrativas o correspondientes a secretarios.

Muchas veces los residentes al referirse a la "burocracia" aluden tanto a "llenar papeles" (órdenes para estudios, autorizaciones etc.) como a encargarse de solicitar un turno. Lo principal radica en considerarlas (tal como ellos lo hacen) como un conjunto las actividades "administrativas", de "pasillo", y que en su mayoría no correspondería a ellos realizarlas sino a secretarios, que no hay. De haber secretarios serían estos los encargados de conseguir los formularios para completar, de sacar los turnos para los estudios, de buscar los resultados, etc. El principal problema al

(6) Entrevista 14-11-91.

(7) KATZ-MUÑOZ; Op. Cit. Págs.23-25 y 109-110.

que ellos aluden es la pérdida de tiempo que este conjunto de tareas representa.

"...la burocracia, llenar los papeles para estudios, pedir, es decir, luchar por los turnos, armar las derivaciones, buscar a los médicos de planta para que te pongan una firma (...). Tenés que hacer duplicados, triplicados, perdés tiempo." (Residente 19) (9)

Burocracia implica para los residentes, por un lado pérdida de tiempo llenando papeles. Entre los "papeles que hay que llenar" se encuentran las Historias Clínicas pero no se trata de cualquier "papel". Son muy cuidadosos en completarlas y mantenerlas al día pero porque existe un control llamémoslo múltiple para que esto se realice, simplemente porque se "usan" mucho: las usan los docentes de la Universidad, los médicos de planta para "enterarse" de que pasa con los pacientes en la sala, se usan en los pases de sala. Se sabe que "otros" aparte de los residentes las utilizan y las necesitan completas, si no lo están llamarán la atención del residente. La actualización de una historia clínica no tiene solamente utilidad para el médico encargado de un paciente, cumple otras funciones e involucra a otros actores sociales.

"La burocracia quita tiempo para todo, en todos los niveles desde las copias y trayectoria que debe seguir la historia clínica, hasta el hecho de pedir estudios." (Jefe de Residentes) (7)

"...la burocracia no es tan terrible, los papeles es necesario hacerlos, no podés dejar de hacer las historias clínicas por ejemplo." (Residente 19) (10)

Por otro lado, "pérdida de tiempo" cuando "deben patear el Hospital", es decir recorrer cada lugar del Hospital en el que se realizan estudios ya sea para agilizar el tiempo en que se obtienen los resultados; para pedir los turnos para los estudios; negociar un turno antes de lo que le ofrecen porque se superpone con otro turno de otro paciente y él tiene que llevar al paciente

(9) Entrevista 9-12-91

(7) Entrevista 11-11-91

(10) Entrevista 9-12-91 (nº2).

hasta el servicio o porque el resultado se necesita en forma urgente; reclamar estudios que no están en el tiempo que se había señalado, salir a buscar a los interconsultores si éstos no llegan a la Sala en el momento en que se había pautado, buscar a los médicos de planta para ciertas autorizaciones (por ejemplo uso del tomógrafo), buscar y completar los formularios de solicitud de estudios y turnos y entregarlos en el sector de administración etc. Los tiempos lentos que involucran a los estudios los residentes los relacionan con la existencia de "cuellos de botella" en el Hospital, de éstos el principal es el de Laboratorio que no alcanza a realizar los estudios pedidos en un tiempo rápido (consideremos que a todos los pacientes internados se les hace a su ingreso un análisis básico completo (sangre-orina)).

"hay cuellos de botella en el hospital en algunos servicios, como radiología, análisis, laboratorio, algunas interconsultas, turnos para cirugías, eso retrasa mucho..."
(11) (Jefe de residentes).

"...los resultados tardan en estar y vos los necesitás rápido; porque no está la gente que se encarga de hacerlos o porque tienen mucho trabajo y se atrasan." (12)

A esto debemos sumar las implicancias para los pacientes, dado que su "camino terapéutico" queda marcado por los ritmos del Hospital. Debe subordinarse a los "cambios de planes" cuando lo "preparan" para llevarlo a hacer un estudio y se cancela para otra oportunidad, esperar a que se le realicen los estudios, etc.

"Los pacientes pasan por calvarios, porque es una tortura esperar una hora a que le saquen una radiografía, pero el tipo aguanta y está contento" (13)

Este tipo de situaciones aceptadas en el ámbito del Hospital Público serían inaceptables en una institución privada.

3- Insumos.

(11) Entrevista 25-01-92

(12) Entrevista 11-11-91

(13) Entrevista 25-01-91

Las alusiones a la falta de elementos son varias: aparatos que no funcionan ya sea por un desperfecto técnico e implican el uso de uno alternativo o bien porque faltan elementos para que funcionen (por ejemplo que se acaben las lámparas para el aparato de rayos "x") que implica que los estudios se retrasen; falta de medicamentos, etc.

Pero en general a la vez que estos temas se mencionan se agrega que "es temporal", es decir no siempre faltan cosas o no se puede contar con algún aparato. En estos casos se puede retrasar el proceso de atención del paciente al inscribirse un paréntesis en la resolución con precisión del diagnóstico (si debe apoyarse en diagnóstico por imágenes por ejemplo); da lugar a la búsqueda de alternativas ya sea utilizando otros "aparatos" o cambiando un medicamento por el que haya y cumpla la misma función (desde un antibiótico similar a cambiarlo de oral a inyectable), etc.

"Se hace lo que se puede con lo que se tiene, pero el servicio no es malo. Por ejemplo los estudios pueden retrasarse, hoy no hay un líquido que se necesita para hacer placas con lo cual no pudieron hacerse, faltan antibióticos (...) Tenemos aparatología de alta complejidad pero muchas veces faltan los elementos mínimos para que estos aparatos funcionen..."⁽¹⁴⁾

"...en general no faltan muchas cosas, si faltan es por un tiempito, en definitiva llegan, con lo que no hay, hay que arreglárselas como se pueda..." (Enfermeras)⁽¹⁵⁾.

"...por ejemplo hace una semana que no funciona el aparato de rayos, hay uno móvil que es un desastre la imagen que da. De todas maneras hay un "x", un aparato parecido a un ecógrafo que lo suple cuando rayos no funciona"(...)En la Sala "si, faltan cosas pero te las arreglás, hacés todo lo posible de la mejor manera posible, aparte si faltan cosas, por ejemplo un antibiótico, es por un tiempo. A veces faltan cosas pero llegan." ⁽¹⁶⁾(Residente 10).

Pero también encontramos opiniones que señalan que no faltan elementos ni siquiera por períodos más o menos cíclicos (tiempos en que hay y tiempos en que no). No es casual que tales opiniones

⁽¹⁴⁾ Entrevista 13-11-91

⁽¹⁵⁾ Entrevista 14-11-92

⁽¹⁶⁾ Entrevista 5-12-91

provengan de los médicos de planta, su ausencia en las salas obviamente lleva a que o bien no se enteren de lo que diariamente falta, o que no les interese demasiado este tema.

"el servicio del hospital es excelente (...) no falta nada, ni instrumentos, ni materiales", "-Dra: insumos no (faltan), a veces y por 1 día u horas no funciona rayos por ejemplo..."-
Dr.: sí, ha pasado, a veces se hacen más exposiciones y se agota antes de lo planeado, pero siempre se calcula que hace falta para los meses siguientes y están todas las cosas que necesites.", "-Dra: por ejemplo farmacia, es lo que mejor funciona, siempre hay de todo." ⁽¹⁷⁾(médicos de planta).

De acuerdo a lo observado un día dentro del office de enfermería, en el que se hizo un pedido que consistía en cloro, pañales descartables para adultos, papel higiénico, jabón blanco y de tocador, jeringas, guantes, sueros, medicamentos, etc; llegaron menos cosas de las pedidas: de los 4 pares de guantes llegaron 2 y menor cantidad de uno de los medicamentos pedidos, el resto estaba todo. Una de las enfermeras señaló:

"hoy estamos con suerte, otras veces el carro llega lleno de papel higiénico (...)volvés a la tarde u otro día (para buscar lo que falta)". ⁽¹⁸⁾.

Los momentos en que falta algún elemento necesario los residentes protestan, gritan, salen de la Sala para pasar personalmente por Farmacia. Un día al pasar por enfermería una residente de 19 comentaba a una de las enfermeras:

"nunca hay nada, jamás se planifica; no le importa nada a nadie, como puede ser que no haya "X" (un medicamento) si saben que se usa todos los días"

Esta residente el día que fue entrevistada señaló que con los medicamentos "no hay problemas, si faltan es temporal". Los problemas aparecen cuando se los va a buscar y no están. La "falta temporal" y la normalización de esta situación se "fractura" abriendo paso al cuestionamiento sobre todo en casos de "crisis asistencial".

⁽¹⁷⁾ Entrevista 03-02-92

⁽¹⁸⁾ Entrevista 14-11-92

Cuando se pregunta sobre la falta de elementos a los residentes surgen inmediatamente los ejemplos del "Central" (la Guardia del Hospital) como espacio en el que la falta de elementos es más angustiante para el residente, en estos casos es donde se pone en juego la vida del paciente y se relaciona directamente con los pacientes que se tratan, casos "agudos" en los que hay que actuar rápidamente. Esta es una diferencia importante respecto de los pacientes que están en la Sala, casos que, salvo alguna descompensación (y consiguiente derivación), son estables y están sujetos a seguimiento y control.

"...cuando querés poner un tubo y no tenés laringoscopio para entubar y tenés que salir corriendo a pedirlo enfrente, que si te lo prestan porque sino tenés que ir corriendo a terapia mientras el tipo está muriéndose...tenés que soplar con un tubo a un paciente porque se acabó el oxígeno cuando lo bajaban a hacer una tomografía, el tipo soplando con el tubo para que no se le muera el paciente que está en paro respiratorio porque no tenían una caja de paro ahí, o no tenían oxígeno." (Jefe de residentes)⁽¹⁹⁾

La falta de elementos referida a la guardia es citada por todos los residentes. Las historias que se cuentan de la Guardia son terribles tanto porque un paciente se puede morir si faltan determinadas cosas, como por la angustia con la que relatan los residentes estos episodios.

La falta de elementos que es aceptada como "normal" en el contexto de la sala es fuertemente cuestionada en el ámbito de la Guardia. La "normalización" hace crisis y surgen los cuestionamientos más fuertes y permanentes por parte de todo el grupo de residentes.

Por otra parte la situación "normal" de la falta de elementos por ciertos períodos, encierra la consideración de que a pesar de esto "el servicio no es malo". Pero no lo es básicamente en relación al "tipo" de pacientes que atiende el hospital: es un servicio "de

⁽¹⁹⁾ Entrevista 25-01-92

segunda" para gente "pobre" (también "de segunda"), en una institución privada estas condiciones serían inaceptables.

"...si vos te cagás de frío, te mojás, vivís entre charcos y barro, no tenés qué comer, y caés acá, camas limpias, comida, no es lo mismo que si tenés quita. Los pacientes al servicio lo ven bien..."(29)

Finalmente podemos señalar que se aprende a ser médico en un contexto que reproduce una organización de actividades que es funcional respecto de las condiciones en que se encuentran los Hospitales Públicos, estos residentes "multifacéticos" que "son" enfermeros, camilleros, secretarios, que deben actuar "a como dé lugar" con o sin los elementos necesarios, son médicos aptos para el sistema.

CAPITULO III.

EL "METODO" DE LOS RESIDENTES: LA CONSTRUCCION DEL PACIENTE.

"...sacás un método, un método para pararte delante del paciente, para encarar un paciente..." (Residente)

1. LA ORGANIZACION DEL ESPACIO

"La familia rodea al enfermo agrupándose ante sus sienes regresivas, indefensas, sudorosas. Ya no existe hogar sino en torno al velador del paciente enfermo, donde montan guardia impaciente, sus zapatos vacantes, sus cruces de repuesto, sus píldoras de opio."

César Vallejo.

Una forma de abordar el análisis del proceso de trabajo-formación de los médicos residentes en relación a la construcción del "objeto" (paciente) será caracterizar la organización del espacio partiendo del supuesto de que la forma en que éste se organiza, los "usos" que de él se hacen implican la construcción de relaciones sociales.

Como ya hemos señalado la Sala I pertenece al Pabellón Rossi; se encuentra ubicada en el ala izquierda (en relación con la entrada al Pabellón, ubicado en Calle 1 y 69), planta baja. El Pabellón es un edificio antiguo, muy alto, con ventanas largas de dos hojas, de marcos de madera con pequeños vidrios rectangulares y postigos de varillas también de madera, pintadas de blanco grisáceo.

El acceso a la Sala está dado por una amplia puerta que durante el día permanece abierta. Tiene dos hojas de madera con un vidrio esmerilado en la parte de arriba. A su lado hay una plaqueta de bronce indicando el número de la sala.

Esta puerta da acceso a un "corredor" (una habitación rectangular) que posee en el lado derecho (en relación a la entrada) un banco largo con superficie de madera, oscura, gastada y suave por el uso, adosado a la pared y ubicado bajo un amplio ventanal de vidrios esmerilados que cubre casi por completo la pared. Es un

lugar muy luminoso (durante la mañana da el sol), al ventanal se suma el color claro con el que están pintadas las paredes y que permite que la luz refleje. Este espacio cumple la función de "sala de espera". Es un espacio en el que los pacientes se reúnen con sus familiares, también es lugar de reunión de los médicos, de las enfermeras, de los parientes o visitas de los pacientes que aguardan para ingresar a verlos. También aquí aguardan los estudiantes en épocas de examen o de cursada para ingresar al sector de la sala en donde se encuentran los pacientes. Durante los días de examen (una, dos o más semanas, depende del número de alumnos que se presenten) la cantidad de estudiantes que se preparan para rendir oscila entre las 20 y 50 personas; dado su número, la mayoría permanece fuera de la Sala y quienes inmediatamente van a rendir en este "corredor" o "sala de espera".

Enfrente del banco hay una habitación que pertenece a enfermería. En ella hay una mesa con 3 ó 4 sillas, armarios de metal pintados de gris, una mesada con pileta, una cocina con dos hornallas que se utiliza para calentar agua. Aquí las enfermeras se reúnen a tomar mate y charlar o descansar. Eventualmente se encuentra a algún residente. La puerta permanece cerrada. Los residentes tocan antes de entrar y según la relación que tengan con las enfermeras alguno puede quedarse aquí para que no lo llamen o no lo encuentren si lo buscan en la Sala. A esta habitación llegan los pedidos de elementos que hayan realizado las enfermeras y/o los residentes. La mayoría se guarda (o almacena) y los de uso inmediato o diario se transportan a otra habitación.

Esta habitación está siempre ordenada, en la mañana temprano se siente el olor del desinfectante con el que se lavan los pisos y algunas veces un leve aroma a café instantáneo. Durante los meses de calor la ventana permanece abierta y llega el olor del pasto y de los árboles del espacio verde que separa al edificio de la calle. Viene a unirse con el de los jabones, de los trapos de

rejilla nuevos, de las cajas cerradas de medicamentos. Cuando hace frío y la ventana permanece cerrada estos olores se mezclan con el del gas de la cocina encendida.

Entre el espacio descrito y el sector de camas hay una puerta batiente (igual a la primera) que da ingreso a un pasillo con habitaciones a sus lados. Este pasillo, al igual que el resto de las habitaciones de la planta baja, tiene las paredes revestidas (hasta aproximadamente la mitad) por azulejos color rosa oscuro y el resto de la pared y el techo pintados de blanco grisáceo. Trasponiendo la puerta tenemos, a la derecha los baños utilizados por los pacientes de la sala y a su lado otra habitación perteneciente a enfermería. Enfrente de ambas se encuentran otros baños de la sala para uso de los pacientes.

El espacio de esta otra habitación de enfermería es bastante reducido, cuenta con dos armarios grandes, una mesada con pileta, una mesa pequeña y una o dos sillas; en ella se encuentra un teléfono y arriba un panel en el que se ordenan unas tarjetas pequeñas en las que se escribe el nombre del paciente que ocupa cada cama de la Sala. En esta habitación se guardan los elementos de uso diario. La puerta permanece abierta y habitualmente hay varios médicos reunidos a veces charlando, discutiendo "casos", preparando o pidiendo inyecciones, sueros, antibióticos, etc.

El sector de camas está compuesto por 20 camas dispuestas en la parte más amplia de la Sala que tiene forma de rectángulo y 5 camas en el sector "Aislados" que está formado por 2 salitas, una con 2 camas y la otra con 3 (en ella se atienden casos como tuberculosis y diversas enfermedades contagiosas) ubicadas en el extremo de la Sala, inmediatamente antes de la puerta que conduce al patio (la salida posterior de la Sala).

En este espacio rectangular las camas están dispuestas de la siguiente forma: en grupos de 3 alineadas en los laterales de la sala, separadas entre sí por una pared pequeña de aproximadamente

1 m con azulejos color rosa oscuro, con un panel de vidrio esmerilado encima. Hay dos camas en cada uno de los extremos del lado derecho (respecto de la puerta de entrada) y tres camas en uno y una en el otro del lado izquierdo.

En el centro hay un pasillo ancho (pasan holgadamente una camilla con una persona a cada lado), en uno de sus extremos se ubica la entrada desde el pabellón, y el otro conduce hacia la puerta de salida posterior que da a un patio.

La Sala tiene en ambos lados (a la cabecera de las camas) ventanas altas, con visillos antiguos, de tela transparente, amarillenta y ennegrecida por el hollín y los años. Es luminosa, no sólo por la cantidad de ventanas y la luz natural que se filtra, hay además en el techo tubos fluorescentes que en el día permanecen encendidos.

El sistema de calefacción de la Sala está compuesto por dos grandes y viejos calefactores dispuestos uno en cada extremo de la parte ocupada por las camas. No tiene ventiladores de ningún tipo, sólo hay uno viejo y chico en la habitación que los residentes usan para estudiar, tomar mate, comer, etc. La Sala en verano no es excesivamente calurosa pero tampoco es fresca.

En el lugar en que están las camas hay enchufes que se usan para aparatos eléctricos si los pacientes los llevan (ventiladores, televisores, durante el tiempo en que se realizó el trabajo de campo vi sólo una vez un televisor blanco y negro). No hay sillas al lado de las camas. En algunos casos si algún familiar o visita del paciente quiere sentarse trae alguna de su casa; las que se ven en la sala raramente pertenecen al pabellón.

En la sala no hay aparatos de diagnóstico u otros, sólo algunas veces se ven cilindros de oxígeno en caso de que algún paciente lo necesite.

En general los pacientes pueden moverse libremente en la Sala, salir al patio trasero del Pabellón o ir a la "sala de espera" que se encuentra en la entrada principal. Estos espacios de movimiento

se reducen en época de exámenes o dictado de clases, en las que los pacientes deben permanecer en sus camas para ser revisados o vistos por los alumnos. Durante las clases los alumnos de la Universidad con su profesor se reúnen alrededor de la cama, se interroga al paciente respecto de los síntomas con los que ingresó al Hospital y se le realiza un examen físico que puede ser visual o directo, dependiendo del año al que pertenezcan los alumnos y del cuadro clínico del paciente. Durante los exámenes sucede lo mismo solo que en la cama hay un solo alumno y el profesor que toma el examen.

Hay excepciones: cuando el paciente está en estado crítico o se niega. Esto raramente ocurre y, cuando ocurre, tiene que ver con el cansancio que provocan las reiteradas oportunidades en que lo abordan los distintos grupos de estudiantes.

La libertad de movimiento del paciente también se reduce en la mañana temprano (entre las 8 y las 10 hs.): deben permanecer en sus camas durante el control médico que realizan los residentes.

El horario de visita de acuerdo a la indicación de la puerta de entrada de la sala es de 13 a 15 hs. pero no se respeta pues los pacientes reciben visitas en la mañana y/o la tarde. En épocas de exámenes y/o los días de cursada no pueden entrar a la Sala excepto si el paciente no va a ser revisado por los alumnos. Es en estos períodos en los que se reduce al máximo la libertad de movimiento del paciente y se controla más rígidamente el período de visita. Veremos más adelante que la cantidad de gente que circula en la sala es motivo de críticas por parte de los residentes aunque hay que destacar que la mayor cantidad la constituyen los estudiantes, no los parientes o visitas de los pacientes. Estos (rara vez son más de dos y en general uno) cumplen un conjunto de actividades importantes dentro de la sala: acercan agua al paciente sea el conocido o el que esté a su lado, llaman a la enfermera, a veces lo cambian, buscan la chata, lo

ayudan a comer, además de leerle o alcanzarle una revista y por supuesto darle contención afectiva. En época de cursadas nunca se recurre a todos los pacientes así que, en algunas oportunidades, aquellos que no van a ser revisados permanecen con su visitante. Esto cambia en épocas de examen. La entrada de las visitas la regulan las enfermeras y/o los residentes de acuerdo a las actividades de la Sala y muchas veces se retiran "espontáneamente" cuando aumenta el número de personas en la sala.

Esta parte de la sala es especial por su olor y por el ruido. Los olores se mezclan. Un olor áspero suavizado a fuerza de desinfectantes, olor de medicamentos, de supuraciones, de defecación, de transpiración de días de encierro en una cama. Durante las comidas la sala se inunda de olor a caldo, a verdura hervida, a fideos con manteca (todo rebosante de agua tibia). El ruido, es constante. Constante el murmullo de voces, de pasos, de ruedas viejas y gastadas que giran. Atravesar la sala y escuchar los murmullos lleva a distinguir entre los pomposos términos médicos y, junto a las camas, las noticias cotidianas de las "visitas" charlando con los pacientes.

Durante la tarde y al anochecer, cuando se reduce el movimiento, la sala toma un aspecto deprimente; bajo la luz de los tubos fluorescentes los azulejos parecen más oscuros, algunos pacientes caminan lentamente de un extremo al otro de la sala; ya no están los familiares, excepto alguno que se quede a pasar la noche. En el silencio se escuchan suspiros, quejas, el crujir de las camas, de vez en cuando los pasos apresurados de un médico, las voces de las enfermeras o los sonidos apagados de alguna fiesta organizada por los residentes en el entrepiso.

Cruzando el espacio en que se ubican las camas y antes de llegar a la puerta posterior de salida hay, del lado izquierdo, una habitación donde se reúnen, a veces, los médicos de planta de las Salas y/o los docentes de la Facultad de Medicina. En este lugar

imperera el orden del "no uso". Hay una mesa con cuatro sillas y una biblioteca antigua con puertas vidriadas; muy raramente están los médicos con lo cual la mesa permanece siempre vacía y las sillas siempre ordenadas con los respaldos contra ella. Aquí no entran nunca los residentes, salvo alguna vez que se busque al médico de planta. A esta habitación le siguen las dos habitaciones que componen el "sector aislados".

Enfrente de la habitación que utilizan los médicos de planta hay una habitación, usada por los residentes, que cuenta con un escritorio, 1 ó 2 sillas, una camilla fija, un "tablero" para mirar radiografías y un mueble en el que se guardan las Historias clínicas de los pacientes internados en la Sala. En esta habitación se reúnen los residentes de la Sala para completar las Historias Clínicas, agregarles los resultados de los estudios pedidos, o bien para realizar alguna consulta ya sea con un par o con el residente de 3º. Siempre está desordenada, se acumulan las historias clínicas, papeles con resultados de distintos estudios (electrocardiogramas, radiografías), nuevos o viejos que se revuelven para encontrar el que se busca. El armario en el que se guardan las historias clínicas permanece o abierto o mal cerrado sobresaliendo parte de las carpetas. Hay papeles tirados en el suelo, y si bien está limpia (como el resto de la sala) es el lugar más desordenado de la planta baja.

A esta habitación le sigue un pasillo estrecho alrededor del cual están: en el fondo, el despacho del Jefe de la Sala, y a sus lados dos habitaciones que se utilizan para revisar a pacientes (que no estén internados en la Sala), aplicar inyecciones, revisiones ginecológicas, etc.

Las sillas de ruedas (hay 2), un biombo y la camilla cuando no son usadas permanecen en este pasillo.

También en este pasillo se encuentra la escalera que lleva al **espacio propio de la Residencia**, ubicado en el entrepiso y

compuesto por una cocina, un baño completo, dos habitaciones una de las cuales tiene bancos y pizarrón y otra con una mesa grande (en la que juegan ping-pong, estudian, etc) algunas sillas y un armaric en el que se guardan los bolsos, carteras camperas etc.; esta habitación da acceso a otra más pequeña donde hay una gran biblioteca, una computadora y la impresora. Además hay dos dormitorios (uno para mujeres y otro para varones) con tre y cuatro camas. La Residencia cuenta con una biblioteca financiada por los propios residentes, y varios archivos, entre ellos: archivo electrocardiográfico; de diagnóstico por imágenes; de medios internos; de actualizaciones bibliográficas, clases teóricas y ateneos; archivo computado de internaciones; etc. Cuenta también con dos proyectores y un retroproyector propiedad de los instructores.

Este espacio tiene una estética totalmente diferente a la planta baja; los pisos son de cerámicos en tonos pastel y marrón (en la sala baldosones en tonos de gris), las paredes no tienen azulejos, deben haber sido blancas, pero ahora están sucias por el uso no han sido pintadas en mucho tiempo. Antes del horario de limpieza de todas las habitaciones las más ordenadas son los dormitorios y el baño. El aula tiene los bancos desordenados, algunas veces apilados en un extremo; el piso, en la parte donde está el pizarrón lleno de tiza, papeles tirados (hojas, envolturas de golocinas, colillas). La cocina tiene la mesada llena de paquetes, el de azúcar, el de yerba, el de té; platos sucios apilados en la pileta; la cocina y el piso sucios. La habitación en la que está la mesa grande es la más desordenada de todas, también es en la que se pasa más tiempo. Algunos residentes almuerzan aquí, se estudia, se toma algo, charlan o discuten casos, consultan libros. Por la tarde, después de las 17 hs. que se reúnen los residentes que están de guardia, se organizan partidos de ping-pong, campeonatos de truco, de acuerdo al grupo se organizan fiestas.

Las paredes están choreadas de gaseosas, cerveza, vino. Cada mancha con una historia, de distintas reuniones y con distintos motivos (despedidas, finalización de la residencia, cumpleaños, despedidas de solteros, etc.). En las mañanas siguientes a estas reuniones el desorden y la suciedad llegan a su apogeo (sobre todo cuando hacen asados en el patio del pabellón y suben a comer), se puede encontrar entonces grasa en el piso, restos de comida, migas y trozos de pan, servilletas de papel usadas y esparcidas en bollitos por el piso; todo coronado por el olor a bebidas alcoholicas y cigarrillo. Este es el espacio de "descontroles", de momentos que se recuerdan como anécdotas, algunas risueñas y otras hasta trágicas (las bromas entre médicos tienen una "morbosidad" muy especial sobre todo respecto del manejo del cuerpo y sus límites de tolerancia).

Como vimos la Sala es una sala común en la que los pacientes son dispuestos por grupos de a tres o dos personas. En este espacio la distribución de las camas permite la disposición de los "cuerpos" para el aprendizaje y el ejercicio médicos; se instaura un escenario para el accionar médico, la observación, el control, la comparación de los "casos", del que participan tanto los médicos residentes como los estudiantes de medicina. A su vez, los propios pacientes también "aprenderán" una forma de "comportarse" que supone su subordinación frente a los médicos. El "aprendizaje" que realizarán los médicos no sólo implica su "entrenamiento" en el manejo de "casos" sino también la experiencia de construir una relación con éste (la relación médico-paciente). El médico construirá cotidianamente la subordinación del paciente, las formas de acercamiento y de distanciamiento, su "cosificación" (tratarlo como un "caso", como un objeto), etc.

Las prácticas y los usos del espacio se vinculan contradictoriamente con las explicitaciones de los residentes. Si bien el hospital apresta para "un" uso (asociado principalmente al hospital-escuela) al mismo tiempo los usos del espacio son contruidos en la relación entre distintos grupos. En la "vida cotidiana institucional" se van redefiniendo a partir de esta interacción.

La distribución del espacio o más precisamente el "uso" que de él se hace (particularmente respecto de las actividades docentes) recibe de los residentes críticas principalmente relacionadas con las maneras en que influye en sus propias actividades la cantidad de gente que circula.

"Vos pasás, pasan los estudiantes, y los pacientes están ahí en la cama, pasan familiares."⁽¹⁾ (Residente 10).

Por una parte esta situación complica el examen médico en relación a su precisión sobre todo; en virtud de ello se trata de revisar al paciente o realizar los controles médicos antes de que comiencen a llegar los estudiantes. A partir de lo observado podemos señalar que en estos casos los pacientes son revisados entre las 8 y las 9 ó 10 hs. de la mañana. Muy raramente ocurre que el control médico coincida con el horario de cursada. Por otra parte la alusión a los parientes de los pacientes como parte de la "gente que pasa", si bien es cierto, no se puede comparar su número con el de los estudiantes.

"...cuantas veces hemos auscultado un paciente en la sala y no auscultás un soplo cardíaco por ejemplo y lo auscultás a las 8 de la mañana, o lo llevás a un consultorio y auscultás un soplo, por el ruido de la Sala porque es mucho movimiento."⁽²⁾ (Jefe de residentes)

(1) Entrevista 28-01-92

(2) Entrevista 25-01-92

Se construye una idea de "intimidad" asociada al espacio del consultorio en contraposición a la "falta de intimidad" de la Sala sobre todo al momento de revisar al paciente.

"...no hay intimidad. Lo ideal sería la intimidad que te da el consultorio..."⁽³⁾ (Residente 19).

En esta falta de "intimidad", el paciente queda "expuesto" ante varias personas, los pacientes de las otras camas, sus familiares y los de los pacientes ubicados en las camas contiguas, los estudiantes, las enfermeras, los médicos. Por otra parte cada uno de estos grupos desarrollarán distintas actividades con lo cual el paciente también queda "expuesto" a múltiples accionares como los médico-docentes cuando el paciente es "visto" por los estudiantes de medicina o por los residentes (pasajes de sala, casos "interesantes"), o las tareas de las enfermeras.

"...se está muriendo un paciente al lado de la cama en la que está, vos tratando de hacer algo y el paciente al lado viendo todo..."⁽⁴⁾ (Residente de 30)

"...durante el año 30 tipos (estudiantes) que le vienen a preguntar lo mismo y tiene que repetir el paciente 30 veces lo mismo, 40 manos que lo palpan, si no tenía dolor seguro que le va a aparecer algún dolor con tanto toqueteo que tienen, es un manoseo, eso es lo triste del Hospital..."⁽⁵⁾ (Residente 19)

El hecho de revisar al paciente delante de mucha gente conduce a que se desarrollen estrategias individuales. Algunos residentes "tratarán" de resguardar la privacidad del paciente, bien haciendo la revisión antes de que ingresen los estudiantes y comiencen a llegar los familiares o bien pidiendo que se retiren. Pero a los médicos, estudiantes, enfermeros, no se les solicita que se retiren: no molestan tanto estas "miradas" como las de los familiares; las primeras, que contruyen al paciente como un "objeto" (un "caso") deben aceptarse sin cuestionamientos, las

⁽³⁾ Entrevista 9-12-91

⁽⁴⁾ Entrevista 12-12-91

⁽⁵⁾ Entrevista 28-01-92

segundas algunas veces son controladas excluyéndolas. En todo caso las "necesidades del accionar médico", no incluidas las del paciente, definen las posibles (o deseables) presencias y ausencias.

"...tratamos de ser delicados y sacar a los familiares de los otros, pedirles por favor que se retiren..."⁽⁶⁾ (Jefe de residentes)

La presencia de los familiares junto al paciente en algunos casos es valorada positivamente, pero incluso en estos casos, en la práctica cotidiana también se ordena a las visitas que se retiren.

"...yo creo que podés atender al paciente, mantener la reserva medica en cuanto a los tratamientos, las cosas, pero no hay por que aislarlo, yo creo que **el paciente es sacado de su hábitat natural**, sumado a un problema orgánico y que no tenga contacto con sus familiares es bastante comprometido" ⁽⁷⁾ (Residente 10).

El Hospital se asume como ámbito "artificial" en el que se pone entre paréntesis o en suspenso la vida cotidiana del paciente y sus necesidades como sujeto. Esta exclusión en la que el paciente se entrega a los cuidados médicos se torna operativa, facilita estos "cuidados" para lograr su recuperación.

Las características que asume esta separación "normal" e incluso las estrategias individuales que permitan recrear parte del "hábitat natural" del paciente (tener contacto con los familiares en determinadas circunstancias) expresan lo que está en la base de la construcción del paciente como "objeto" de una práctica que lo considera abstraído de su vida de relación social: al trasponer la puerta de entrada del Hospital dejan de ser sujetos sociales para convertirse en "pacientes", individuos que requieren atención.

A esto hay que sumar la funcionalidad interna del servicio asociada a la presencia de los familiares. Es habitual observar a

⁽⁶⁾ Entrevista 25-01-92

⁽⁷⁾ Entrevista 30-03-92

los familiares como ya señalamos "atendiendo" a los pacientes (a los suyos y a otros)

"...no, en cierta forma es bueno que no haya más intimidad porque los familiares se solidarizan y atienden ellos a los pacientes, conversan, si hace falta alcanzan una chata, hacen cosas que si no, no se harían." (9) (Residente de 3Q).

El paciente es dispuesto en una cama y desde la asignación de este lugar se espera de él una completa subordinación. Subordinación que implica no sólo el "prestarse" a un conjunto de actividades médicas, que se controle su movilidad y su soledad o su compañía. También las "visitas" "aprenden" una forma de comportarse que implica su subordinación. Este lugar de subordinación del paciente y su "visita" es percibido como si se construyera "externamente", como si los residentes o el resto del personal del Hospital no participaran en su construcción.

"...ellos se entregan absolutamente a vos, yo no sé lo que pasa en un privado pero debe ser distinto." (9)

"Los pacientes no dicen nada, no sé por qué." (10)

"...el paciente ya sabe que éste es un Hospital-escuela y cuando se internan ya saben." (11) (Residente 1Q).

Las críticas de los residentes a la "falta de intimidad" se construyen así desde la desigualdad tomada como una situación "normal", no cuestionada. Los pacientes que ingresan al hospital público pertenecen a "estratos sociales bajos": es este tipo de institución la que fue específicamente creada para su atención, mientras que las instituciones privadas quedan reservadas para quien pueda pagarlas.

"...el paciente mucho no puede cambiar, no puede elegir..." (12) (Instructor)

(8) Entrevista 12-12-91

(9) Entrevista 25-03-92

(10) Entrevista 12-12-91

(11) Entrevista 28-01-92

(12) Entrevista 24-02-93

La desigualdad asumida como "normal" y no cuestionada se define también respecto de sí mismos (no son "pobres", pertenecen a otro grupo social). Las formas de acción que los residentes tomarían estando en la situación del paciente se enfrentan a las que de hecho asumen los pacientes.

"...estar yo en la cama, le diría al tipo "mirá loco si me vas a sacar los pantalones", viste?, si me vas a dejar totalmente desnudo frente a 30 personas, y mujeres, y pará un cacho..."⁽¹³⁾(Jefe de residentes)

Los residentes no aceptarían para sí determinadas situaciones pero asumen como normal que sus pacientes las vivan y de hecho ellos mismos son los actores involucrados.

"A veces vos mismo por la costumbre no te das cuenta y lo revisás adelante de todo el mundo, no tomás la precaución de taparle el pecho a una mujer, perdés el pudor..."⁽¹⁴⁾
(Residente de 32)

"...y pero, viste?, son las condiciones en que tenés que trabajar ..." ⁽¹⁵⁾(Jefe de residentes)

Ya sea, como ellos señalan por "la costumbre", la rapidez con la que deben actuar, por el hecho de que no estén separadas las camas, etc., estas "justificaciones" remiten a las diferencias sociales, que entran en el plano de una "normalidad" que se define ideológicamente.

Tal vez las referencias a la falta de intimidad podrían interpretarse a partir de los análisis de ARIES y DUBY. La estructura edilicia de la Sala en la que se realizó el trabajo de campo es acorde a un modelo organizacional de Hospital que fue común alrededor de mediados de siglo. Según ARIES y DUBY⁽¹⁶⁾ hacia mediados del S. XX el hospital sufre un cambio importante: al concentrar los sofisticados exámenes y tratamientos médicos va

⁽¹³⁾ Entrevista 25-01-92

⁽¹⁴⁾ Entrevista 12-12-91

⁽¹⁵⁾ Entrevista 25-01-92

⁽¹⁶⁾ ARIES y DUBY, 1989, T:9.

dejando de ser visto como la institución que "cuidaba de los pobres" y se convierte en el "templo de la medicina", el lugar en dónde "se cuida científicamente a los enfermos"⁽¹⁷⁾ y es en medio de este proceso que surgirá la contradicción entre la aspiración a vivir como particular situaciones intensas (pertenecientes históricamente a la esfera de la vida privada) y el cuadro público en el cual se sitúan⁽¹⁸⁾.

"Por primera vez en la historia de la humanidad se nace y se muere en el hospital. La preocupación por la eficacia, añadida a las dificultades de las familias para hacerse cargo de estos episodios, conduce a que los momentos capitales de la existencia, aquellos que ponen en juego más profundamente la identidad y la vida, se sitúen lejos del cuadro familiar, del hogar doméstico, sin embargo más espacioso, en el escenario aséptico y funcional, pero anónimo del hospital. **Repentinamente la Sala común se nos torna intolerable y cruel; admitida por todo el mundo para los enfermos que se acogen a la caridad pública** y que tampoco disponen de casa propia, constituye para nuestros contemporáneos, acostumbrados a tener su propia habitación y a los que angustia la enfermedad, una especie de arcaísmo bárbaro e inhumano."⁽¹⁹⁾

Nuestra sala sigue siendo una sala común de un hospital público (aunque no ya como las de mediados del siglo XX), con los separadores de material (macizos) que agrupan a dos o tres personas y reflejan esa tendencia a la separación de los individuos en aras de la privacidad. Aun así se trata de una sala de un hospital público que atiende "gente pobre" y se "admite" que sea común.

Para los profesionales médicos que no pertenecen a este grupo social la sala común será "intolerable" en tanto existe una "idea" respecto a la privacidad que se enfrenta decididamente a ella. Pero habrá que considerar que lo que ellos critican se supone a la vez como "normal" para estos pacientes que se atienden en un hospital público, esta normalidad encubre la diferenciación y

⁽¹⁷⁾ ARIES y DUBY, 1989: 110.

⁽¹⁸⁾ ARIES y DUBY, 1989: 110.

⁽¹⁹⁾ ARIES y DUBY, 1989: 112.

refuerza sus propias formas de acción enfrentadas a lo que ellos mismos critican.

La organización del espacio de la institución hospitalaria involucra, en el contexto del desarrollo histórico de nuestra sociedad, la jerarquización de los distintos actores sociales presentes en este ámbito y la construcción de una funcionalidad determinada que convierte en útil el orden que al espacio se imprime.

Sabemos a partir de los análisis de FOUCAULT⁽²⁰⁾ que la organización del espacio en instituciones que entre otras cosas apuntan a controlar a sus "huéspedes" (colegios, talleres, hospitales, cárceles), ponen en juego una disciplina que no necesariamente recurre al "encierro" sino que fija canales de control más sutiles; aquellos que sujetan los hilos detrás de la "utilidad". Al **organizar un espacio** se establecen localizaciones, permite verificaciones, construye reglamentaciones y la identificación e individualización de los sujetos.

En esta forma la construcción de la organización del espacio tiende a crear un espacio útil, proceso que aparece claramente en los Hospitales:

"Se trata de establecer las presencias y ausencias, de saber dónde y cómo encontrar a los individuos, instaurar las comunicaciones útiles, interrumpir las que no lo son, poder en cada instante vigilar la conducta de cada cual, apreciarla, sancionarla, medir las cualidades o los méritos. Procedimiento pues para dominar y para utilizar. La disciplina organiza un espacio analítico."⁽²¹⁾

Las formas particulares que asume este orden y la disciplina en el Hospital conjugan la función de control tanto de los sujetos como la definida en términos de acciones médico-terapéuticas.

La disposición espacial tanto de los objetos como de los sujetos que encontraremos en el Hospital obedece a una lógica que

(20) FOUCAULT, 1989: 147-177.

(21) FOUCAULT, 1989: 147.

encuentra sus raíces en el control y la vigilancia al conjugar una funcionalidad peculiar que inaugura un escenario donde se despliegan los cuidados médicos⁽²²⁾.

Debemos agregar que esta funcionalidad se construyó en el marco del desarrollo histórico e involucra directamente a sus clases sociales. Así el espacio en el que "se cuida a los enfermos" asume características diferenciales de acuerdo a las clases sociales a los que éstos pertenecen.

En el caso del Hospital Público, se desarrollarán funciones que se articulen específicamente con el "grupo social" al que está dirigida la atención médica ("los pobres"). Será, en ciertos casos, el ámbito en el que se aprenda a ser médico sobre esos cuerpos vivos, el Hospital-Escuela en el que los alumnos de la Universidad aprenderán a palpar, a diagnosticar, a identificar en un cuerpo vivo aquellos signos descritos en los manuales.

La disposición de los cuerpos (la distribución de las camas) no sólo implica el "ajustar mejor los cuidados", sino también desplegar varias miradas, reconocimientos, experiencias. La organización del espacio como "instrumento de acción médica" engloba todas las acciones del ámbito médico, no sólo las que apuntan a las funciones terapéuticas y los controles a ellas asociados, sino también aquellas referidas al "entrenamiento" y el aprendizaje de los médicos. La distribución permitirá instaurar una mirada analítica -médica- de los "casos" dispuestos en las camas y un accionar peculiar, a partir de la participación de distintos grupos: los estudiantes de medicina junto a sus profesores; los médicos residentes junto a los instructores, jefes de residentes, residentes de tercer año o médicos de planta.

Este uso social del espacio no es si embargo inmutable. El marco de las actividades cotidianas supone un contexto de interacción entre distintos actores que irán modificando la asignación de

⁽²²⁾ FOUCAULT, 1989: 177.

lugares, los movimientos y sus características. En este contexto se construyen asimismo las propias prácticas de normalización.

Durante las actividades docentes o los controles médicos los pacientes "deben" permanecer en las camas. Cuando éstas finalizan vuelven a entrar los familiares y aparecen otros "cuidados". Cuando están las enfermeras a la tarde los pacientes quedan con sus visitas, conversan entre ellos, caminan por la sala o salen al patio. Hay lugares en los que los médicos "no entran" o deben anunciarse antes de entrar, como es el caso de una de las habitaciones de enfermería.

Así los distintos grupos (pacientes, familiares, enfermeras, médicos) construyen un ámbito de transacciones móvil en el uso de este espacio, que lo acerca y/o lo distancia de un "comportamiento" tipificado como ideal.

2. EL TIEMPO DE INTERNACION

"...y el tiempo de razonar sobre el paciente y auscultar 15 veces que es lo que uno tendría que aprovechar sobre el paciente y que beneficiaría al paciente se limita..." (Residente).

El tiempo es recurrentemente mencionado por los residentes: se pierde tiempo en múltiples tareas, los pacientes están mucho tiempo internados, los resultados de los estudios tardan mucho en estar, etc. El "tiempo" aparece como una "palabra clave" en las entrevistas.

Por un lado se pierde tiempo en las "actividades que no les corresponden", un tiempo valioso para estudiar (leer, analizar, comparar, etc.) que se diluye en un conjunto de tareas; un tiempo valioso en el que se podría estar junto al paciente, examinando, mirando, preguntando.

"El mayor problema es que vos no podés estar al lado del paciente como médico exclusivamente, o sea no estás al lado sentado escuchándolo o preocupándote solamente por eso..." (23)

"...el mayor tiempo que disponemos en la Sala más que el tiempo asistencial es el tiempo burocrático del papelerío, pedir turnos, llevar al paciente, eso te quita tiempo sobre el paciente..." (24)

El tiempo para estar "sobre el paciente" es el tiempo del aprendizaje, el tiempo de la deducción, del control, de saber claramente el ritmo y las características de la "evolución" del "caso", tiempo de interpretación, de acumulación de la "experiencia". El "beneficio para el paciente" se refiere al logro de la "seguridad" del médico frente al "caso"; es decir su beneficio supone la mayor "experiencia" posible del médico frente al "caso" y su destreza y seguridad para diagnosticarlo y tratarlo.

También se alude al elevado tiempo de internación. Este puede aumentar por algunos problemas internos como los "cuellos de botella" del Hospital por los cuales el proceso de atención del paciente se debe acoplar al ritmo en que funcionan los servicios de diagnóstico complementarios. Pero esta no es la única "causa" según los residentes: el promedio de internación es "alto" porque los pacientes no son "agudos" y por su situación económica. El tiempo está vinculado, en fin, al "tipo" de pacientes.

La caracterización que los residentes hacen de sus pacientes puede organizarse en relación a tres ejes: uno que se relaciona con el "estado" de los pacientes al ingresar al hospital; otro que hace referencia a las condiciones de los pacientes que están internados en relación a sus "casos"; y el tercero se refiere a la descripción de su comportamiento o forma de actuar.

Estos tres ejes que distinguimos se hallan unidos a una apreciación que todos los residentes comparten: los pacientes de la Sala son "pobres" o sectores medios pauperizados:

(23) Entrevista 25-03-92

(24) Entrevista 30-03-92

"La gente que llega es pobre..." (25) (Residente 20).

"...no tienen un mango..." (26) (residente 10).

"el nivel socioeconómico y cultural de los pacientes que ingresan al policlínico es bastante variable, pero evidentemente es de medio, nivel medio para abajo, hasta te estoy hablando de un bajo muy bajo..." (Jefe de Residentes) (27)

"Cambieron los pacientes que entran, antes la gran mayoría eran muy pobres, solo un 10% mas o menos tenía obra social, ahora ves que más o menos el 30% tienen obra social, pero esto tiene que ver con lo que pasa en el país, la clase media se está cayendo abajo De todas formas la gente que llega es pobre, los que tienen guita van a los privados..." (28) (Residente 30).

Respecto del "estado" de los pacientes los residentes coinciden en señalar que llegan a la consulta tardíamente, se trata de "casos" que deberían haber sido detectados y tratados con anterioridad.

"...acá cuando llegan están destruidos, por ahí llega uno con un tumor inmenso que le ocupa medio brazo y eso no es de un día, ellos te dicen que hace tiempo que lo tienen, años atrás era una pelotita y fue creciendo, pero cuando llegan tienen un "X", están en una fase terminal" (Residente 30) (29)

"...llegan de última..." (30) (residente 10).

"Llegan mal acá, muchos tendrían que haber venido antes..." (31) (Pararesidente 10).

Esta situación los residentes la explican en relación a distintos "obstáculos": económicos (llegar al Hospital implica el pago del pasaje o faltar al trabajo con lo cual le descontarían un proporcional del salario), geográficos (si vive lejos), otros que

(25) Entrevista 19-11-91

(26) Entrevista 9-12-91

(27) Entrevista 25-01-92

(28) Entrevista 13-11-91 Al finalizar la entrevista escuché una conversación entre el residente de 30 al que entrevisté con un residente de 10 en la que se planteó que a un paciente no le iban a dar el alta para poder hacerle unos estudios más porque si no "no lo agarramos más, lo perdemos", lo iban a tener internado por un día más, le pidió al residente de 10 que se lo diga al médico de planta que "con él no va a haber problema" y si "dice algo" se iba a aducir que el paciente tenía "un cuadro de bronquitis agravado o cualquier cosa", además el residente de 30 aclaró que "por un día, no más".

(29) Entrevista 13-11-91

(30) Entrevista 9-12-91

(31) Entrevista 20-12-91

hacen a la organización institucional (ir más de una vez para obtener turnos para distintos médicos y turnos para distintos estudios). Pero fundamentalmente se señalan ciertos obstáculos "culturales". Los pacientes "no saben".

Este "no saber" se construye en comparación con "el saber" de los pacientes de los hospitales privados o con profesionales o estudiantes universitarios. "No saber" implica para los residentes que los pacientes del Pabellón Rossi no saben reconocer un estado de enfermedad ni seguir correctamente un tratamiento prescrito porque no han completado su educación formal (primario, secundario).

"...por ahí no saben o no tienen guita entonces vienen cuando no dan más..." (32) (Pararesidente 19).

"...por los temas de los que hablan, algunos no tienen el primario; si hablan, te responden; si entienden o no, algunos no entienden nada, tienen una neurona..." (33) (Jefe residentes).

"...personas que no entienden cosas elementales..." Jefe de Residentes (34)

Los residentes distinguen entre los "casos agudos" y los que no lo son ("crónicos") y señalan a menudo que el Hospital es un "hospital de agudos" pero no se aboca solamente a atender estos casos. Los "casos agudos" se tratan en la guardia del Pabellón Central o en UTI, son pacientes con cuadros clínicos que se presentan bruscamente, que exigen un control estricto en virtud de posibles complicaciones, descompensaciones, y también existe mayor posibilidad de muerte.

En la Sala, sin embargo, los pacientes son crónicos o "no son agudos" (enfermedades de largo desarrollo temporal) y esto es así porque "no pueden llegar" a los Consultorios Externos en virtud de las distancias geográficas o por no contar con los medios

(32) Entrevista 20-12-91

(33) Entrevista 11-11-91

(34) Entrevista 25-01-92

económicos para comprar los medicamentos o seguir las dietas y tratamientos prescritos por los médicos. Hay pacientes que se decide internar aunque no sean "casos agudos":

"...yo creo que el 60% (...) están internados por un motivo socioeconómico de base, o porque no tienen plata para los medicamentos, o no pueden hacer las dietas que necesitan y se descompensan, o se le acabaron los medicamentos y vinieron, o no se pueden controlar, la accesibilidad a un sistema de salud que los pueda controlar (...) no son casos agudos..." (35)

Estas situaciones influyen asimismo en las acciones que emprenden los médicos al momento de decidir la externación del paciente.

"...yo no puedo mandar a la casa a un paciente como lo mandaría por ejemplo si pudiera venir a consultas por consultorio externo, se puede comprar los medicamentos, puede regularse un montón de cosas en la casa, son un montón de cosas las que atentan contra la externación del paciente..."
Jefe de Residentes (36)

Los criterios específicamente orgánicos no juegan un papel definitorio en la toma de decisiones respecto de la internación y la externación sino más bien aquellos vinculados al "tipo" de pacientes.

Así el período de internación se extiende aunque esto aumente los "costos" o que el Hospital enferme o deprima anímicamente al paciente internado. En los argumentos de los residentes sobresale la preocupación respecto de los "costos", que no parece extraña en un contexto en el que se esgrime permanentemente el argumento de la necesidad de que las "cuentas cierren", de evitar los déficits, de "racionalizar los gastos".

Algunos residentes señalan que el Hospital "funciona como un hotel", pero esta función la relacionan específicamente con determinado "tipo" de pacientes, los llamados "pacientes sociales": aquellos que no tienen familiares, ni obra social, "ni nada". Son abandonados en el Hospital por largos períodos de

(35) Entrevista 25-01-92

(36) Entrevista 25-01-92

tiempo (incluso años) y es justamente el tiempo que permanecen y el abandono lo que los diferencia del resto de los pacientes que por ejemplo aunque no tengan obra social ni dinero son externados en un período de tiempo relativamente corto (más precisamente, acorde con el promedio de internación del Hospital). En este caso "lo social" es identificado con la indigencia más absoluta.

"tenemos 3 pacientes crónicos, linyeras...ya se les fué la parte aguda, y ahora?...le estamos dando comida, cama, hotelería, pero eso no es para lo que funciona este hospital, esa cama tiene que estar para un tipo que está agudamente enfermo, pero tampoco hay nada que lo contenga afuera a ese paciente...no tiene familia, no hay ningún lugar, qué se yo, un hospicio para la gente indigente que bueno, pueda ir a dormir ahí, a comer, no, no hay; o sea por eso se ven muchos casos..."(37) Jefe de residentes

El "abandono" no se construye solamente porque no tienen a dónde ir, o no vienen a verlos. También lo construyen los propios médicos. Estos pacientes que "no deben estar" reciben una atención diferencial en el sentido en que se los "abandona" porque no tienen una patología que atender. Los médicos no les hacen el control médico periódico como al resto de los pacientes; incluso las enfermeras protestan si deben lavarlos o si piden un calmante porque les duele la cabeza.

"...por ahí no tiene nada, por ahí tiene algo, aparte estando acá se entran a descompensar, a infectar y los tenés que atender...por ahí uno dice 'es social' y tenés como una actitud de no darle bolilla..."(38)

Respecto a la forma de actuar de los pacientes, algunos residentes señalan que son "divinos", "agradecidos", "afectivos". Estas descripciones hacen referencia sobre todo a las actitudes de los pacientes al momento de la externación, cuando entregan a su médico algún regalo (flores, bufandas tejidas, un lechón, etc.)

(37) Entrevista 04-03-93

(38) Entrevista 25-03-92

"...en los privados los reclamos son más superficiales o puntuales, que son atendibles, pero acá son fabulosos...te trae un lechón; tipos muy agradecidos y te llevás esa satisfacción..."(39)

También son descriptos como "sufridos", "estoicos", que "tienen paciencia", "sumisos", etc.

Los pacientes no cuestionan y raramente preguntan qué hace el médico con ellos. A su vez los residentes tampoco informan al paciente. El paciente debe aceptar que se le hagan determinados estudios o se los someta a determinadas terapéuticas en silencio, sin cuestionar. Los residentes argumentan que no tienen tiempo o que los pacientes no les preguntan.

"...son así, muy sumisos, no sé si por la clase...no cuestionan nada de lo que vos le querés hacer, jamás; vos les hacés estudios invasivos que por ahí son de riesgo o por ahí no te preguntan qué pasa con este estudio si le puede pasar algo después del estudio; nada, ellos se entregan absolutamente a vos..."(40)

"Evidentemente uno tiene que explicarle al paciente los estudios que se le van a hacer, eso es muchas veces difícil porque ya te digo a uno se le pasa, no es que no le interesa, sino que uno anda corriendo de un lado a otro..."(41)

La residencia es el primer momento en que el médico se convierte en el único o principal encargado de los pacientes que le son asignados ("sus" pacientes), aprende a abordarlo, a hacerle determinadas preguntas de determinada forma, a revisarlo no ya como estudiante sino como responsable médico directo, a decidir qué se le hará y qué no.

"...sacás un método, un método para pararte delante del paciente, para encarar un paciente..."(42)

Un instructor nos señalaba que:

"...la relación médico-paciente se la tenemos que dar nosotros"(43)

(39) Entrevista 25-01-92

(40) Entrevista 25-03-92

(41) Entrevista 25-01-92

(42) Entrevista 25-01-92. Jefe de Residentes.

(43) Entrevista 24-02-93

Este "método" que "se da" constituye un conjunto de procedimientos considerados óptimos que se transmiten tanto explicándolos a los residentes como mediante "el ejemplo" o sea en el ejercicio cotidiano. En "la relación médico-paciente" se busca fundamentalmente "una buena relación" con el paciente, aquella que permite lograr una "buena comunicación" para desplegar la "mirada clínica". Esta es la "pauta" más clara de la residencia, que se reproduce colectivamente pero supone asumir estrategias individuales.

El "método" implica la "forma de ser" del médico que es la "base" sobre la que se agrega lo "nuevo". No todos los residentes preguntarán de la misma forma o actuarán en la misma forma.

"...depende del médico tanto como del paciente, es una cuestión personal; yo no he tenido problemas, con algunos tenés un vínculo justo o suficiente, con otros más profundo..."(44)

"...yo sigo pensando que lo más importante sigue siendo la educación tanto en la relación con el paciente como para explicar una cosa a los familiares, como para charlar una cosa con un médico más grande..."(45)

"...los trato con una relación bastante directa de **igual a igual**...yo la tengo a María con una enfermedad que va evolutivamente al fracaso, pero si vos te ponés a pensar la mujer está luchando por la vida..."(46)

Pero básicamente se comparte una forma particular de preguntar, se adopta, llamémoslo, un "estilo campechano":

"Lo primero es preguntar: ¿cómo anda, cómo le va...qué tal, leés el nombre, qué le anda pasando?..."(47)

Este estilo se adopta pues existe entre los médicos el presupuesto de que los pacientes "pobres" sólo entenderán si emplean determinados giros o palabras, cambiando su forma habitual de hablar.

(44) Entrevista 20-12-91

(45) Entrevista 25-01-92. Jefe de Residentes.

(46) Entrevista 30-03-92. Este residente además es enfermero.

(47) Entrevista 25-01-92

"...muchas veces ellos tienen su propio lenguaje que uno tiene que ingresar en eso, como hacer una licencia...yo por ahí no digo que estoy jodido, pero él dice que está jodido, y bueno, 'dígame por qué está jodido', yo utilizo las mismas palabras y el tipo me entiende claramente, si yo le digo por qué tiene un malestar?, entonces claro el tipo me va a mirar como diciendo: 'y éste de qué me habla?', y pierdo algo reimportante que es la comunicación franca con el paciente..."(46)

Los cambios en las formas de preguntar atienden a si el paciente pertenece a su mismo grupo social o a otro:

"...es genial ver cómo a un tipo de una cama le hablás de una forma y te das vuelta y tenés otro tipo de otro nivel totalmente distinto y le hablás totalmente diferente. Yo me acuerdo de un paciente...el tipo me explicaba todo porque la hija de él es médica y sabía todo, y después así a 3 m de donde estaba el tipo tenía otro paciente que era un paciente del norte del país, sin escuela primaria, medio como que tenías que preguntarle todo exactamente cuatro veces, y ninguna de las cuatro te decía lo mismo, otra cosa..."(47)

Así la relación médico/institución/paciente no puede ser considerada homogéneamente en la medida en que la desigualdad social y la diferencia irrumpen a través de modalidades diversas de coerción/subordinación.

3. LA CLINICA MEDICA

Finalmente debemos considerar que la construcción del paciente también se relaciona con la "mirada" que instaura la clínica médica; una mirada particular que define al paciente en términos de ser objeto de una especialidad de la medicina.

La Clínica médica, tal como es caracterizada por estos médicos, es una especialidad que plantea abordar al cuerpo humano como una unidad, integrando la mirada de diferentes especialidades. Esta visión global permite la detección de "patologías", o relacionar la "más evidente" con alguna otra desconocida y detectarla. Esto se logra investigando no solamente un órgano o sistema sino varios al mismo tiempo:

(46) Entrevista 25-01-92

(47) Entrevista 25-01-92

"...más global, porque si un paciente viene con un síntoma que parece ser gástrico y el problema es cardiológico, o el paciente tiene el problema de estómago pero además tiene otro problema más..." (Instructor) (30).

"tenés una visión más completa de él y podés prevenir posibles casos por ejemplo si entra con diabetes, hacés todo el control y estudios, podés prevenir qué se yo una infección en un dco...Se diagnostica qué tiene, qué enfermedades ha tenido, qué sirve para anticipar por ejemplo posibles complicaciones u otras enfermedades (...)" (31) (Residente 39).

Los residentes de la Sala I definen a la Clínica Médica de la siguiente forma:

"Es la especialidad que más permite integrar al paciente. Es la rama fundamental de la medicina ya que debe coordinar y decidir las diferentes conductas que toman los especialistas de otras ramas" (Residente 19, Clínica Médica).

"Considero que da un panorama general de la persona, como un ser integral, y no se limita a un aparato o sistema único" (Residente 19, Clínica Médica).

"Clínica médica es la rama de la medicina que funciona como nexo entre todas las especialidades." (Res. 19, Clínica Médica).

"Es una especialidad amplia que abarca la totalidad de las patologías clínicas y que permite encarar al paciente en forma global e integradamente" (Residente 19).

El punto de vista global lleva a incluir "factores" psicológicos:

"El clínico trata de manejar, de abarcar el máximo posible...pero a veces es necesaria la interconsulta...mi política es **atender al paciente** en todos sus aspectos, pero fundamentalmente en **el ser humano**, investigar los motivos de su enfermedad orgánica que muchas veces puede ser un deterioro psíquico-emocional...soy uno de los que más hace **interconsultas con el servicio de salud mental...**" (Residente 19) (32).

...este punto de vista global del paciente(...) porque si uno va directamente al corazón ve una parte del paciente(...)sobre todo **la parte psicológica** y la relación médico-paciente la tenemos que dar nosotros" (33)

Los "factores psicológicos" son "abordados" principalmente derivando al servicio de salud mental. También se alude a ellos en

(30) Entrevista 24-02-93. Instructor.

(31) Entrevista 12-12-91

(32) Entrevista 30-3-92

(33) Entrevista 24/02/93

distintas circunstancias (como ya hemos visto), pero constituyendo una especie de psicología de "entrecasa", es decir con contenidos contruidos desde el sentido común. La denominada "parte psicológica" es una de las tantas partes que componen el organismo humano; la clínica médica, en tanto especialidad unificadora, la toma en consideración pero opera como si se tratara de otra especialidad, recurriendo a la interconsulta para obtener su "saber" específico y se encarga finalmente de evaluarlo dentro de su especialidad ("deterioro psíquico-emocional", "enfermedades psicósomáticas").

La clínica médica propone una "reconstrucción" de la unidad al articular las distintas especialidades; reconstruye el rompecabezas formado por las distintas especialidades abocadas a las partes, a los distintos órganos. No niega ni enfrenta la especialización, toma para sí el lugar del arbitraje último, definiéndose como unificadora: nutriéndose de "saberes" específicos (nacidos de la "profundización" del conocimiento de cada parte) dictamina su propio "saber" (específico también) al ser la especialidad de la unidad.

Asimismo los residentes de clínica médica recaban de cada paciente un conjunto de antecedentes "económico-sociales". Estos antecedentes constituyen "la dimensión social" tomada así como un factor entre otros a tomar en cuenta.

Estos datos que se obtienen del paciente son evaluados de acuerdo al "caso" ("depende de la patología", "depende del caso") y, de acuerdo a él, se tomarán en cuenta o no en los procedimientos diagnósticos y terapéuticos.

"para saber en qué condiciones de higiene vive el paciente porque hay muchas enfermedades que se transmiten. Son datos epidemiológicos, datos más, tampoco son trascendentales, no vas a definir un cuadro clínico por eso, son datos que complementan" (34) (Residente 10).

(34) Entrevista 28-01-92

La importancia de los factores socio-económicos se destaca en relación con los "casos" que presentan enfermedades que se transmiten, como la "tuberculosis", el "chagas" y otras.

"...si el tipo tiene un cáncer de pulmón, a mí si la casa tiene techo de paja o no, es relativo".

"Ya te digo depende de lo que tenga el paciente, hay casos en que sí importa, por ejemplo si tenés una tuberculosis, tenés que saber con quién vive porque puede haber otro tuberculoso; entendés?" (99) (Pararesidente 19).

"...en la Historia Clínica lo tenemos eso como antecedentes socioeconómicos. Y eso es muy importante. Hay enfermedades que son casi exclusivas de algún tipo de, o que venga del norte, o que vive en un rancho. Por ejemplo chagas o tuberculosis. Si vienen de villas miseria y tiene algo pulmonar hay que pensar en tuberculosis antes que otra cosa" Instructor(96).

Así para determinados casos (enfermedades transmisibles) averiguar acerca de las condiciones en que vive el paciente, resulta relevante, fundamentalmente para detectar otros "casos", aquellos que tengan contacto con el enfermo y posibilidades de haber sido contagiados.

Por lo general estos datos sólo en estos casos quedan asentados en la Historia Clínica. En ella se incluyen además los síntomas con los que ingresó el paciente ("enfermedad actual"), una descripción de las enfermedades que ha tenido ("antecedentes patológicos"), los "antecedentes familiares y personales", el seguimiento de la evolución del paciente y los resultados de los análisis.

Los factores socioeconómicos se tienen en cuenta en aquellos casos en que se perciben como "útiles", básicamente según criterios biológicos; si no, "no sirven para nada". No se percibe una utilidad por la cual se deba mantener el compromiso de asentarlos en la Historia clínica.

La realidad va cincelandando además el acento que se va imprimiendo a la consideración de determinados factores económico-sociales. Así en el momento en que se realizó el trabajo de campo la presencia

(99) Entrevista 20-12-91

(96) Entrevista 24-02-93

del cólera llevó a considerar algunos elementos antes no tomados en cuenta: una diarrea conduce a la "sospecha" de cólera.

"...pacientes que vienen con una diarrea y lo primero que preguntás es 'tiene agua de pozo o potable', pero no se plasma como antes se plasmaba en la historia clínica" Jefe de Residentes⁽⁹⁷⁾.

El lugar de nacimiento o residencia conduce a la "sospecha" de alguna trasmisible. En estas sospechas se parte de un conjunto de supuestos asociados al "tipo" de pacientes: se atienden pacientes "pobres" y el "medio" en el que viven los torna "proclives" a desarrollar determinadas patologías y a ser por tanto agentes de contagio.

Si consideramos que (como señala MENENDEZ) la inclusión de situaciones personales, psicosociales y sociales tiende a desaparecer cada vez más en la práctica asistencial, habrá que preguntarse cómo operan los "restos", lo que queda de ella en contextos específicos. Podemos suponer que en ciertas circunstancias, como en el caso de la práctica de la clínica médica, éstas están presentes pero operando en formas particulares y asumiendo contenidos variables aunque radicalmente diferentes a como lo planteaba la medicina de principios de siglo.

CONCLUSIONES.

Después de las palabras muertas, de las aún pronunciadas o dichas, ¿qué esperas?. Unas hojas volantes, más papeles dispersos. ¿Quién sabe?. Unas palabras desechas, como el eco o la luz que muere allá en gran noche.

Vicente Aleixandre.

Para analizar el proceso de "formación-trabajo" de los médicos residentes hemos considerado varias instancias.

En relación a las características del mercado de salud y las condiciones de contratación en las que la residencia aparece como una contratación en relación de dependencia de médicos jóvenes en un trabajo temporario, esto es lo que Cordeiro llama una modalidad de "desempleo camuflado". Frente a la consideración de que la Residencia médica constituye una "beca" hemos propuesto considerar que no se trata simplemente de una instancia de capacitación de posgrado. Los residentes prestan el servicio médico y como tal su trabajo contiene las actividades útiles que el médico realiza (la atención del paciente): el servicio médico es el resultado de su trabajo.

Las residencias médicas cumplen otra función, a través de ellas y dentro del ámbito público se forma o capacita un recurso humano que no será absorbido principalmente por éste sino que favorece al sector privado al transferir "mano de obra calificada" que será empleada principalmente por éste; este proceso es indirecto dado que el Estado no garantiza el logro de una inserción laboral sino que lo deja librado a los sujetos.

El sector privado aparece además como beneficiario de la transferencia de médicos que se encuentran en un proceso de capacitación y que ocupa bajo la modalidad de subempleo y en condiciones de contratación precarias (guardias diarias), constituyendo una forma de "flexibilidad laboral" en la que los trabajadores son ocupados de acuerdo a las necesidades de las instituciones eludiendo los aportes a la Seguridad Social (asignaciones familiares, jubilación, etc.).

Los médicos jóvenes se encuentran entonces en una situación laboral precaria, que es funcional tanto a las empresas médicas como al sector público. Respecto de éste último, y en el ejercicio cotidiano de su práctica los médicos residentes son los que principalmente quedan encargados de garantizar la atención de los pacientes que ingresan al Hospital y la continuidad se asegura en la propia continuidad de las Residencias Médicas.

Las condiciones de ejercicio del trabajo, en las que sobresalen la insuficiente cantidad de personal y la falta de insumos, construyen una pauta de organización de actividades que es funcional respecto de las condiciones en que se encuentran los hospitales públicos. Estos residentes "multifacéticos" que "son" tanto médicos como enfermeros, camilleros, secretarios, etc., son médicos aptos para este sistema al asegurar la prestación del servicio médico en estas condiciones.

Al capacitarse normalizan su ejercicio en condiciones permanentes de carencia. Se constituyen para ello un conjunto de "saberes operativos" que atienden a estos procesos de "normalización", sin embargo esta situación de "normalidad" no impone formas y modalidades de relación homogéneas. Existen momentos de "estallidos", de crisis asistenciales, de cuestionamientos, de desplazamientos de alianzas, de resignaciones, etc.

Por otra parte hemos visto cuáles son los puntos relevantes en la capacitación: la acumulación de experiencia, basada en la repetición de tareas técnicas (atención de los "casos"), el adiestramiento en el reconocimiento de las "patologías" y en las formas correctas de proceder que garantizan un accionar correcto y eficaz, rápido y sin titubeos, adiestramiento no solo sobre los "casos" que es "común" atender sino también para responder a los "casos" que no es común "ver" (lo "exótico"). La experiencia permite consumir el accionar eficaz del médico.

Los médicos residentes aprenden a construir al paciente como "objeto" de su práctica: sujetos sobre los que es posible la "experimentación" (ensayo-error). Se experimenta sobre sujetos de los grupos sociales subalternos y se asume como "normal" esta situación en sí aunque ello no excluya cuestionamientos o la implementación de estrategias individuales. La "normalidad" puede aprehenderse al considerar las prácticas concretas, en la contradicción presente entre el discurso y éstas.

Al paciente se lo construye como "objeto" no sólo de la práctica de los médicos sino que esta construcción comienza al momento mismo de trasponer la puerta de ingreso a la sala (pasa a ser "paciente"). En este sentido la organización del espacio apresta para un uso: la distribución de las camas facilita el desarrollo de distintas actividades: la atención de los pacientes y las actividades docentes (universitarias y de la residencia). Estas actividades se despliegan subordinando al paciente, que debe aceptarlas sin cuestionamientos. Pero no lo moldea todo. El "uso social" del espacio implica una construcción mutua en la que se redefine y reorienta a partir de la interacción de los sujetos en el contexto de la "vida cotidiana institucional".

Los médicos aprenden sobre sujetos "pobres" que consideran "sumisos", que no cuestionan sus acciones, pero esta "sumisión" es construida tanto en la propia relación médico-paciente, como en la propia institución. Es en la interacción médico/paciente/institución en que se construye esta subordinación.

Finalmente hemos señalado que la "experiencia" que se logra está asociada a una especialidad de la medicina, lo cual imprime ciertas particularidades.

La clínica médica al constituir una especialidad que pretende y reivindica para sí el papel de "unificadora" nutriéndose de los "saberes" aportados por las demás especialidades para construir

una mirada global e integrada del paciente, supone imprimir un "perfil" particular al profesional médico. El médico clínico deberá contemplar una serie de elementos que aparentemente en otras especialidades médicas no son considerados relevantes en la misma medida. El médico clínico aparece como "particular" frente a los médicos de otras especialidades. Existe pues un "perfil" propio, desde el que se construye el "objeto" (paciente de un médico clínico).

Se considera al individuo como conformado por partes (los distintos órganos) pero estas partes se hallan interrelacionadas constituyendo una unidad. Los saberes específicos de cada especialidad aportan un conocimiento que debe ser constituido en una relación que permita dar cuenta del "todo", la clínica médica reconstruye esta unidad aportando una visión que se pretende global del paciente.

Esta visión integral incluye ciertos "factores" sociales: fundamentalmente incluye los "antecedentes socioeconómicos" que se recogen en la anamnesis. Sus contenidos, son evaluados en relación a los "casos" sobresaliendo por un lado los "casos" en los que existe posibilidad de "contagio", o "enfermedades" que se presume presentes en la "población" que ingresa al Hospital. Los "factores sociales" considerados útiles son reintegrados así al "cuadro clínico".

Quizás la principal "conclusión" de este trabajo se encuentra en el conjunto de interrogantes que a partir de éste se plantean. Por un lado (considerando nuestros hallazgos) aquellas vinculadas a establecer las similitudes y diferencias con otras instituciones y otras especialidades.

Por otro lado habrá que considerar un replanteo de la "categoría" de "proceso de formación-trabajo". Reflexionar acerca de su pertinencia, alcance y limitaciones.

Esta fue pensada considerando un contexto particular y, aplicarla, por ejemplo fuera de una residencia, llevará necesariamente a su revisión y/o a la utilización de otras categorías que conduzcan a redefinirla o dejarla de lado.

Por otra parte al plantear la práctica médica como un proceso de trabajo-formación, sólo tomamos algunos aspectos, fundamentalmente aquellos que consideramos relevantes en relación a nuestro universo de análisis, quedando excluidas por lo tanto varias problemáticas.

BIBLIOGRAFIA:

- ARIES, P. y DUBY, G. Historia de la vida privada. Tomo 9, Taurus, 1989.
- BELMARTINO, S. y BLOCH, C. "Economía, sociedad y política de salud en Argentina". Cuadernos Médico Sociales, Nº 31, Rosario, Argentina, 1985.
- BELMARTINO, S. "Aportes para la discusión del Sistema de Obras Sociales". Cuadernos Médico Sociales, Nº 44, Rosario, 1982.
- BELMARTINO, S. "Políticas de salud en Argentina: perspectiva histórica.". Cuadernos Médico Sociales, Nº 55, Rosario, 1991.
- BELMARTINO, S. y colaboradores. "Condiciones del proceso de crecimiento y distribución de la población médica en la Provincia de Santa Fé". Cuadernos Médico Sociales, Nº 45, año 1991.
- BERLINER, H. "Una perspectiva más amplia sobre el informe Flexner". Segundas Jornadas de Atención Primaria de la salud. Buenos Aires, 1988.
- CONRAD, P. "Sobre la medicalización de la anormalidad y el control social". En: Esiquiatría Crítica. La política de salud mental. Edit. Crítica, Barcelona, 1982 (cap. 3).
- CORDEIRO, H. "Empresas Médicas: bases teóricas para el estudio de las transformaciones capitalistas de la práctica médica". Estudios Sociológicos, II 2-3, 1984.

-COSTA, D.C. y COSTA, N.R. "Teoría del conocimiento y Epidemiología. Una invitación a la lectura de John Snow". Cuadernos Médico Sociales, Nº 49-50. Rosario, 1989.

DAVINI, M.C. Modelos y opciones pedagógicas para la formación del personal de las instituciones de salud. OPS, Buenos Aires, 1992.

-FASSLER, C. "Transformación social y planificación de salud en América Latina"; Rev. Centroamericana de Ciencias de la Salud, Nº 13, mayo-agosto 1979.

-FLEURY TEIXEIRA, S. Estado capitalista y política social. Mimeo, Medellín, 1987.

-FLEURY TEIXEIRA, S. "Repensando la historia de las políticas de salud en América Latina". Cuadernos Médico Sociales, Nº 55, Rosario, 1991.

-FLOOD y MACEIRA "El funcionamiento de los mercados médicos de salud en la Argentina". Cuadernos Médico Sociales, Nº 52, Rosario, 1990.

-FRIEDSON, E. La profesión médica. Cap. XII. Edit. Península, Barcelona, año 1978.

-FOUCAULT, M. Vigilar y castigar. Siglo XXI, Argentina, 1989.

-GONÇALVES, M. Medicina e Historia". Siglo XXI, México, 1984.

-GRIMBERG, M. y colaboradores. "La construcción social de la salud-enfermedad". Proyecto de Investigación, 1988.

- GRIMBERG, M. "La construcción social de la salud enfermedad en trabajadores de la industria gráfica". ETNIA, Nº 33, Olavarria, 1988.
- HORTON, M. "Pervertidos, invertidos y expertos: la producción cultural de un paradigma de investigación sobre sida". Traducción de la cátedra del Seminario de Antropología Médica. Mimeo, 1993.
- KATZ, J. y MUÑOZ, A. Organización del sector salud: puja distributiva y equidad. CEAL, Bs. As., 1988.
- LAURELL, A.C. "El estudio social del proceso salud-enfermedad en la Argentina". Cuadernos Médico Sociales, Nº 33, Rosario, 1985.
- LAURELL, A.C. "La salud enfermedad como proceso social". Revista Latinoamericana de salud, Nº2, México, 1980.
- LERNER, L. y GARCIA RAGGIO, A. "El discurso neoliberal en las políticas sociales: aportes para una discusión". Cuadernos Médico Sociales, Nº 58, Rosario, 1991.
- LIEBAN, C. "El campo de la antropología médica". Ficha de la cátedra del Seminario de Antropología Médica, Buenos Aires, 1992.
- MARX, C. El Capital. Tomo 1, Cartago, Buenos Aires, 1956.
- MEDICI, A.C. "La fuerza de trabajo en salud en Brasil. Los años setenta: balance y tendencias". Cuadernos Médico Sociales, Nº 37, Rosario, 1986.

- MENENDEZ, E. "El Modelo Médico y la salud de los trabajadores". En: Basaglia, F. y otros. 'La salud de los trabajadores'. Nueva Imagen, México, 1978.
- MENENDEZ, E. Morir de alcohol. Saber y hegemonía médica. Alianza, México, 1990.
- MOUZELS, N.P. Organización y burocracia. Península, Barcelona, 1973.
- NAVARRO, V. "Trabajo, ideología y ciencia: el caso de la medicina". Revista Latinoamericana de Salud, Nº 2, México, 1982.
- PARSONS, T. El sistema social. Revista de Occidente, Madrid, 1966.
- PELOSIO, A. El médico y su mundo. Compañía Impresora Argentina, 1972.
- PEREZ ARIAS, S. y FELLER, J. "Residencias en Medicina General: una estrategia". Cuadernos Médico Sociales, Nº 43, Rosario, Argentina, 1988.
- Reglamento de Residencias de la Provincia de Buenos Aires, 1992.
- SPINELLI, H. "Salud y Políticas de ajuste". Salud Problema y Debate. Año 3, Nº 5, Buenos Aires, 1991.
- THOMPSON, E. Tradición, revuelta y conciencia de clase. Crítica Barcelona, 1984.
- TOPALOV, C. Las contradicciones de la urbanización capitalista. Edicol, México, 1979.

-VILLARREAL, J. "Los hilos sociales del poder". En: Crisis de la dictadura argentina. Política económica y cambio social. Siglo XXI Bs. As., 1985.

-WILLIAMS, R. Marxismo y Literatura.; Península, Barcelona, 1980.