

Prestación del servicio médico en un hospital social público. La mirada de los médicos residentes*

Diego Pagnamento

RESUMEN

Este trabajo procura realizar un análisis inicial acerca de las características del ejercicio de la práctica médica considerando que las condiciones en que esta se ejerce influyen en las representaciones de los médicos respecto de la enfermedad y del paciente, y en las formas en que se actualiza ésta práctica cotidianamente.

Para el análisis se toma un caso concreto: la sala de internación de un hospital público de la ciudad de La Plata (Argentina) en la que además se realizan actividades de capacitación de grado y posgrado de la carrera de medicina.

ABSTRACT

This work is an inicial analysis about the characteristics of the medical practice, considering that the conditions in which it is delivered influence medical doctors' representations about the illnesses, the patients and the ways in which their daily practice is updated. This empirical research analyses a case of the medical practice in a teaching public hospital from the City of La Plata, Argentina.

Palabras clave: representaciones y práctica médica, relación médico paciente, crisis hospitalaria, enfermedad, sectores pobres.

Key words: representations and medical practice, relationship doctor patient, illness, hospital crisis, poverty.

Fecha de recepción: febrero 9 de 2000
Fecha de aprobación: septiembre 20 de 2000

* Este artículo toma como base el trabajo de Tesis de licenciatura en Cs. Antropológicas-UBA (1995).

¹ Secretaria del Departamento de Sociología. Universidad Nacional de La Plata.
deptoso@huma.fahce.unlp.edu.ar

"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.

Introducción

Este artículo se desprende de un trabajo realizado en la primera mitad de la década del '90 y propone el análisis de las representaciones y prácticas construidas por los médicos en el ejercicio de su profesión considerando básicamente tres elementos: el contexto institucional en el que la práctica médica se ejerce y su vinculación con las políticas del área de salud en las que se inscriben, los aspectos que caracterizan la práctica profesional concreta (en términos de saberes científico técnicos y "operativos") y las representaciones de los médicos respecto de la población que utiliza este servicio.

Como punto de partida se considera que las condiciones en que se ejerce la práctica médica influyen en la concepción de "enfermedad" de los médicos, en sus respuestas en términos de caminos terapéuticos, en sus representaciones acerca del paciente y en la relación que entablan con él. Dado que esta práctica no consiste meramente en un acto técnico, se pondrán en juego no sólo saberes "científico-médicos" sino también un conjunto heterogéneo de representaciones acerca de la "enfermedad", del paciente y de las formas "adecuadas" de proceder por parte de ambos, lo cual imprime una huella particular al ejercicio de la práctica médica de acuerdo al contexto en el que se desarrolle.

Cuando se habla de contexto se hace referencia tanto a las características generales de las instituciones en las que la práctica médica se ejerce como a los procesos político-económicos que influyen directamente en ellas. Las políticas de salud implementadas actualmente en la Argentina no garantizan el acceso igualitario a los servicios médicos y cubren deficientemente las necesidades de atención médica de amplios sectores de la población. Esta situación se torna crítica con la implementación de políticas económicas de corte neoliberal que determinan el proceso de empobrecimiento de amplios sectores de la población incidiendo directamente en las condiciones de salud-enfermedad-atención.

Con relación a los servicios de atención médica, el recorte presupuestario al que se ven sometidos los hospitales públicos en la Argentina conduce al deterioro del proceso de atención en el que sobresalen condiciones de trabajo

inadecuadas, falta de recursos, estructura edilicia insuficiente o deteriorada, a lo que se suma la mala distribución de la mano de obra médica, problemas vinculados a la capacitación profesional, escasez de personal auxiliar, inconformidad con los salarios percibidos, etc. Junto a los hospitales y en similar situación, los centros de salud ubicados en los barrios periféricos hacen frente a una demanda creciente.

La propuesta de descentralización hospitalaria del Banco Mundial, que propone fórmulas para el logro de una mejora en la calidad del servicio y la eficiencia en la atención del paciente, no llega a cumplirse en los hechos, se reduce a una atención de baja calidad en el marco de la retracción de la participación del Estado como prestador directo del servicio médico.

Para el análisis se tomó el Servicio de Internación del Área de Clínica Médica del Hospital San Martín de La Plata (Provincia de Buenos Aires-Argentina). Es un hospital de alta complejidad, incluye todas las especialidades médicas: de laboratorio, de diagnóstico por imágenes, servicio de Medicina Nuclear, centro de atención de pacientes quemados, cámara hiperbárica, Unidad de Terapia Intensiva, etc.

Todos los servicios que presta el Hospital son gratuitos y atiende a afiliados de todas las obras sociales. Es un centro de derivación de pacientes de toda la provincia de Buenos Aires e incluso del interior del país. Tiene un convenio con la Universidad Nacional de La Plata para la realización de tareas práctico-docentes de diversas cátedras de la Facultad de Medicina y además funcionan Residencias Médicas que capacitan a egresados de esa Facultad.

El trabajo de campo se realizó en una de las cuatro salas de internación del Hospital, la Sala I de Internación de Clínica Médica, dado que constituye el paso obligado hacia el espacio en que se desarrollan muchas de las actividades de la Residencia y por tanto un centro privilegiado para tomar contacto con los médicos. Cada una de las cuatro Salas cuenta con veinticinco (25) camas y se atienden aproximadamente 430 personas al año.

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 plantel de enfermería compuesto por cinco enfermeras en el turno de la mañana y cuatro en el turno de la tarde y de la noche; cuatro empleados administrativos compartidos por las cuatro salas de Clínica Médica; un camillero también compartido por las cuatro salas y entre tres y cuatro mucamas. Respecto del

personal médico, cuenta con un Médico de Planta, un Médico Instructor de la Residencia, un Jefe de Residentes, cinco médicos residentes (de primer año) y un número variable de "practicantes" y "concurrentes" (estudiantes de grado).

Políticas en Salud

Una breve caracterización de las políticas de salud implementadas en las últimas décadas en la Argentina permite comprender el marco general en el que se inscribe la situación por la que atraviesan y enfrentan los hospitales públicos.

Desde 1940 las políticas de salud en Argentina se han sucedido siguiendo al menos tres modelos que se relacionan con la implementación de estrategias de desarrollo avaladas por proyectos políticos que implican distintos "modelos de sociedad" (Belmartino y Bloch, 1991).

Entre ellos, el modelo autoritario implementado hacia la década del '70 implicó para el área de salud la primacía de propuestas neo-liberales, que apoyaron el desmantelamiento de los servicios sociales en manos del Estado y su traspaso a la actividad privada. En este período se expande la medicina empresarial privada y se contrae la actividad del Estado en la prestación de servicios (presupuesto bajo).

En el sector privado se da una incorporación acrítica de tecnología que contribuye a elevar el costo de la atención médica. Los servicios estatales de salud deben hacer frente con recursos disminuidos a una demanda creciente, producida por la transformación del aparato productivo y la crisis de la seguridad social.

Las transformaciones en el mercado de trabajo (disminución de la población asalariada, crecimiento del subempleo, desempleo y el número de trabajadores por cuenta propia) suponen una reducción de los porcentajes de la población con cobertura social de atención médica. Debido a estas transformaciones hay un incremento de la clientela en los servicios de salud estatales.

La crisis económica que a nivel mundial se produce a partir de la década del setenta tiene especiales consecuencias en América Latina, dada su situación de dependencia respecto de los países centrales en el marco de su inserción en la división internacional del trabajo. Su situación se ve agravada por la deuda externa y la implementación de políticas neoliberales, generando graves consecuencias sociales (Belmartino y Bloch, 1985).

La dictadura militar impulsó medidas tendientes a disminuir la participación nacional en el gasto en salud y en las

áreas sociales; con los gobiernos democráticos este proceso continuó. Si bien en aquel momento los grupos económicos locales ocuparon una posición dominante en el proceso económico, fue a partir de la democracia, y en particular a partir de 1989, cuando aparece la tendencia a la consolidación de su hegemonía política. De la mano de las políticas neoliberales se producen profundos cambios sociales que impactan en todos los niveles de la vida colectiva.

En lo que al campo de salud se refiere, se produce la transformación de la concepción de salud, se cuestiona su carácter de derecho universal de cuyo cumplimiento tiene responsabilidad el Estado para transformarse en un bien de mercado que los individuos deben adquirir. Las transformaciones que se operan en las áreas sociales, a la vez que se critica la ineficiencia estatal para accionar a bajos costos, quiebra los valores de solidaridad y niega los derechos a la salud, la educación y la vivienda digna (Iriart, *et al.* 1995).

A partir de la década del '80 cuando se acentúa el desfinanciamiento del sector estatal, motivado en parte por la agudización de la crisis fiscal, se intenta lograr algún grado de articulación a nivel económico entre el sector estatal de servicios asistenciales y la seguridad social.

En esta etapa se empieza a cuestionar el papel subsidiario del Estado respecto de las obras sociales, así como la capacidad financiera de éstas para cubrir la atención de sus afiliados.

Paralelamente los servicios estatales se desfinancian, con lo cual las instituciones de salud carecen de los insumos más elementales. Se exagera entonces la fragmentación que históricamente presentó el sector salud en la Argentina, esto propicia la búsqueda de soluciones individuales por parte de las instituciones. Ante esta panorámica, las transformaciones propuestas tienen como objetivo la profundización de políticas de ajuste en el marco de los compromisos de pago de la deuda externa a la banca internacional que requiere de medidas que disminuyan la crisis fiscal a través de la contención del gasto (Iriart, *et al.*, 1995).

En el contexto argentino actual de recesión económica, las políticas neoliberales afectan tanto los ingresos como el empleo y las condiciones de vida de la población¹. A esto se

¹ En términos generales las condiciones de salud-enfermedad se encuentran determinadas por las relaciones sociales que caracterizan a una sociedad en un momento histórico determinado. El proceso salud-enfermedad tiene un carácter simultáneamente social y bio-

agrega la restricción al gasto público en materia de servicios y en especial en el área de salud, se afecta la atención y calidad de los mismos, con lo cual quienes tienen más necesidades reciben una atención deficiente o directamente se induce su exclusión.

La Situación Actual del Hospital Público y sus implicaciones en la Práctica Médica cotidiana

Al considerar la situación actual de los hospitales públicos, los elementos que sobresalen son: la creciente merma en la cantidad de camas y el ingreso de población que históricamente no era usuaria del sector público; a esto se suma la reducción de recursos que lleva a que se produzcan cuellos de botella con una expulsión indirecta de pacientes (inconvenientes para conseguir turnos, largos tiempos de espera, reducción del tiempo de consulta cara a cara con el médico); concentración de alta tecnología en la zona metropolitana y dentro de ésta en el sector privado, mientras el sector público reduce paulatinamente su participación en las áreas más rentables (Spinelli, 1991).

Al creciente desfinanciamiento del sector público que afecta su infraestructura (deficiente mantenimiento, obsolescencia tecnológica, privatización de servicios, etc.) se suma la situación de los recursos humanos del sector salud, que repercute en la organización del trabajo médico y en el papel que el médico juega dentro del equipo de salud. En este sentido la dotación de médicos en la Argentina es alta, aunque la distribución geográfica de los profesionales es muy dispar², y la dotación relativa de personal de enfermería es insuficiente con relación al tamaño de la comunidad médica (Katz y Muñoz, 1988).

Este panorama aparece claramente al analizar el caso concreto que propusimos: la Sala de Internación del Hospital San Martín. Las actividades desarrolladas en la Sala incluyen no sólo la "atención médica" de los pacientes, sino también

algunas actividades que según los médicos residentes "no les corresponden"³ pero que realizan igualmente y se relacionan con los problemas que enfrenta el hospital público.

Las mayores críticas por parte del grupo de médicos residentes entrevistados apuntan a la insuficiente cantidad de personal (principalmente de enfermería, camilleros, secretarios) y a los "cuellos de botella" que se producen sobre todo en el área de laboratorio:

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

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

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

Ante los problemas que esta situación genera, los residentes cumplen un conjunto de funciones que de alguna manera permiten "superar" las falencias: ir personalmente al laboratorio para "apurar" los resultados, trasladar a los pacientes, sacar los turnos para diversos estudios, etc.

En este sentido, la práctica médica se ejerce en un contexto que reproduce una organización de actividades que es funcional respecto de las condiciones en que se encuentran los Hospitales Públicos: los médicos "multifacéticos" que "son" enfermeros, camilleros, secretarios y que deben actuar "como sea" con o sin los elementos necesarios, son médicos "aptos" o funcionales dentro de un sistema público de atención médica en crisis.

¹ *Idem.*

lógico y debe ser analizado considerando que está determinado por el modo en que el hombre se apropia de la naturaleza en un momento dado, apropiación que se realiza por medio del proceso de trabajo basado en determinado desarrollo de las fuerzas productivas y relaciones sociales de producción (LAURELL, 1986).

² 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 (KATZ Y MUÑOZ: 1988).

³ Existe un "modelo ideal" respecto de lo que "debe ser" y las actividades "que corresponden" consisten en: un "interrogatorio" cuando el paciente ingresa (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 con base en la identificación correcta de la patología se prescribe un tratamiento. Finalmente, de acuerdo con 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".

En cuanto a las implicaciones para los pacientes, su "camino terapéutico" queda marcado por los ritmos del Hospital: deben subordinarse a los "cambios de planes" cuando los "preparan" para llevarlos a hacer un estudio y se cancela, esperar a que se le realicen los estudios por retrasos en los turnos que en algunos casos supone aumentar su tiempo de internación, etc.

En este sentido, el proceso de construcción de la subordinación del paciente implica no sólo la relación con los médicos y el personal auxiliar, sino que involucra también el ámbito institucional que la produce y reproduce cotidianamente.

Otro de los aspectos que agrupa críticas por parte de los médicos es la falta más o menos esporádica de insumos y deficiencias en el funcionamiento del equipo técnico. En este punto sobre todo surgen ejemplos de la Guardia del Hospital, que aparece como espacio en el que la falta de elementos es más angustiante para el médico residente.

Esto se relaciona directamente con el cuadro clínico de los pacientes: casos "agudos" en los que hay que actuar rápidamente. Esta es una diferencia importante respecto de los pacientes que están en la Sala de Internación, 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 si no 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."

La falta de elementos es aceptada como "normal" en el contexto de la sala (al menos si no surgen "crisis asistenciales"), pero es fuertemente cuestionada en el ámbito de la Guardia. La "normalización" hace crisis y surgen los cuestionamientos más fuertes y permanentes por parte del grupo de médicos residentes.

Por otra parte, la situación "normal" de falta de insumos por ciertos períodos encierra la consideración de que a pesar de esto "el servicio no es malo". Pero, para los médicos, no lo es si se tiene en cuenta el "tipo" de pacientes que atiende el hospital: es un servicio "no de primera" para gente "pobre"; 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 guita. Los pacientes al servicio lo ven bien..."

Las consideraciones de los médicos vinculadas al estrato social de los pacientes caracterizan fuertemente la relación de subordinación que se entabla entre ambos. Una relación que se construye cotidianamente delineando las formas de acercamiento y de distanciamiento, su "cosificación" (tratarlo como un "caso", como un objeto) y las formas de "comportarse".

Este tema nos remite a un problema que profundizaremos más adelante referido a sus representaciones respecto del paciente y la relación que se entabla entre ambos; por el momento, nos interesa destacar que las críticas de los médicos al funcionamiento del servicio apuntan sobre todo a sus efectos sobre sus "actividades como médicos".

En conjunto, estas condiciones de ejercicio de la práctica médica desembocan en "tiempos que se pierden", un tiempo valioso en el que se podría "estar junto al paciente" y que refiere directamente a aquellos elementos relevantes dentro del saber médico y al proceso de profesionalización dentro del ámbito hospitalario:

"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..."

"...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..."

Debemos tener en cuenta dos aspectos al considerar este problema. Uno de ellos es que el hospital público constituye uno de los lugares en que históricamente se ha desarrollado y se desarrolla el proceso de profesionalización, además de la Universidad: "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'." (Menéndez, 1978).

Además, como señala Menéndez, estas instituciones expresan la estratificación social como un fenómeno normal, desconociendo las 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 de en la mayoría de los países capitalistas y el hospital sigue siendo

el espacio al que acuden "pacientes de segunda clase" (Menéndez, 1978).

Por otra parte, el tiempo para estar "sobre el paciente" (que permite el entrenamiento y la experimentación) es el tiempo de aprendizaje para los médicos residentes, el tiempo del control y evaluación de la "evolución" del "caso". El "beneficio para el paciente" se refiere a la "seguridad" del médico frente al "caso": a su experiencia, destreza y seguridad para diagnosticarlo y tratarlo.

Saber y Práctica Médica

Es fundamental apreciar las características de la experiencia que los médicos adquieren y esperan adquirir. Este aspecto se relaciona con las actividades que consideran adecuadas (las que "debe realizar el médico") y se vinculan con los aspectos que caracterizan al saber teórico médico.

Entre los médicos entrevistados, tanto los residentes como los "médicos más grandes" (médicos de planta), se considera que durante la residencia los médicos logran el "primer contacto" con el paciente y constituye la oportunidad para aplicar sus conocimientos académicos.

A nuestro parecer, no se trata del "primer contacto" con el paciente: éste, en última instancia, se viene forjando desde la experiencia como alumnos de la Universidad que incluye ciertas prácticas realizadas en los hospitales-escuela (como es el caso que analizamos), entre ellas se incluyen auscultar, palpar, realizar la entrevista inicial, etc.

Sin embargo, uno de los rasgos sobresalientes de la residencia es que se "aprende" y refuerza cotidianamente la asignación de un lugar de subordinación al paciente, su completa disposición para que se desplieguen los "cuidados médicos". Lo "nuevo" sería la posibilidad de experimentación sobre el paciente: se aplica lo que se aprendió en la Universidad sin duda, pero también se abre el espacio para la adquisición de saberes y experiencia que, a través del ensayo-error, permita el reconocimiento correcto de las patologías y de las acciones médicas a desarrollar.

Según los médicos, 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.

"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 setenta, de las setenta, sesenta y ocho son malas pero dos 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, así que 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"

Tampoco se aprenden solamente ciertos "conocimientos técnicos" sino que el trabajo diario involucra lo que podríamos llamar "saberes operativos", es decir saberes y prácticas que se hacen en el funcionamiento diario del servicio, por ejemplo, el hecho de aprender a evaluar y decidir a quién se pregunta y a quién no, con quién se conversa y con quién 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 al paciente, contarle la mitad."

Estos "saberes operativos" constituyen estrategias que garantizan el funcionamiento del Servicio (van supliendo las deficiencias) y a su vez, involucran cierta "normalización" de la situación. Al aprender "qué hacer" cotidianamente se va construyendo la idea de que es normal ejercer la práctica médica en el conjunto de condiciones antes descrito ("es así, no podés cambiarlo").

¿Cuáles son, según los residentes, los principales aspectos en la formación del médico? Uno de los puntos es el relacionado con la "actualización" teórica, es decir el acceso a conferencias, cursos o publicaciones científicas que versan sobre los últimos descubrimientos del campo médico. En este sentido, debemos considerar que desde 1930 se ha producido un aumento constante de la investigación acompañada de una creciente separación respecto de la práctica asistencial.

Las actividades de investigación se desarrollan principalmente en los países centrales, de manera tal que los países dependientes reciben los resultados pero no desempeñan un papel decisivo en éstas. La creciente importancia asignada a la investigación se ve acompañada por un proceso de descalificación de otros aspectos de la práctica profesional, sobre todo aquellos que no aparecen vinculados de manera central a sus núcleos de interés (Menéndez, 1978). Uno de ellos es la práctica médica asistencial (atención del paciente), que es valorada ante todo como espacio de experimentación, subordinando otros aspectos.

Otro de los puntos destacados por los médicos es la cantidad de "casos" que se ven; en este sentido, un centro de derivación importante como el que analizamos permite observar "una gran variedad de patologías".

La importancia que los médicos residentes asignan a la cantidad de "casos" que "muestran" patologías se relaciona con la conformación de una "experiencia médica" que procede por acumulación. Es en ésta donde se 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 descritos en los libros o en los "preparados" (órganos y partes del cuerpo humano conservados adecuadamente) y, por otro lado, lograr el entrenamiento para "reconocer" en las posibles variaciones o diferencias una tipicidad que permita definir una patología en particular (o combinaciones de varias).

Asimismo se considera relevante "ver" aquello que no es "común", identificar "casos" que raramente ingresan al Hospital; en este sentido, un centro de derivaciones importante da la posibilidad de incluir lo "exótico" en la experiencia. En el mismo sentido es considerada fundamental para la "experiencia médica" aquella aportada por los médicos con muchos años de ejercicio de la profesión, que detentan un "saber" forjado ante todo en la cantidad de "casos" que han tratado; son quienes poseen la mayor acumulación de casos en su memoria y su aporte en este sentido es altamente valorado por los médicos más jóvenes.

Los "casos", las "patologías" configuran aquello que la medicina considera como enfermedad. La teoría médica se encuentra dominada por el empirismo positivista y por concepciones biologistas.

Sin embargo conviene subrayar que esta forma de concebir la enfermedad y de actuar ante ella es ante todo una construcción social e histórica⁴. La profesión médica tiene la pretensión de abarcar la jurisdicción de la designación

de la enfermedad y todo lo que pueda estar relacionado con ella, independientemente de su capacidad para tratarla efectivamente. La medicina define la enfermedad como reinterpretación de desviaciones humanas que no siempre recibieron esta significación. Se da por sentado que tienen una base biofisiológica u orgánica, pero esto no es condición necesaria para que algo sea definido como enfermedad (Conrad, 1982). Además cuando algo es llamado enfermedad en el espacio social se desencadenan consecuencias independientes de la condición biológica del organismo, "influyen en el comportamiento de las personas, las actitudes que adoptan ante sí y las que los demás adoptan ante ellas" (Friedson, 1980).

La teoría médica históricamente se ha estructurado alrededor de la patología y la anatomía patológica, rechazando la idea de causalidad social de la enfermedad⁵ (Berliner, 1988). Lo biológico aparece como el factor que garantiza la cientificidad a la vez que subordina a otros posibles niveles explicativos. Lo social es considerado no científico y cuando se presenta, será disuelto subordinándolo a lo psicológico (Menéndez, 1978).

Tanto en el diagnóstico como en la terapéutica domina una concepción del cuerpo concebido como máquina: las distintas partes que lo componen pueden tratarse individualmente sin afectar el conjunto. La imagen del cuerpo humano como un organismo único e integrado ha sido crecientemente sustituida por una concepción que lo considera en términos de sistemas u órganos, excluyendo la idea de totalidad.⁶

Para el accionar médico el sujeto queda reducido a un conjunto de órganos y los aspectos sociales se disuelven o se ponen en suspenso. La "enfermedad" así abstraída permite una intervención exenta de obstáculos "subjetivos", reduciendo al "paciente" a una determinada patología reconocida por el saber médico.

En el caso que analizamos, la Clínica Médica propone abordar al paciente como una "unidad", integrando la mirada de las diferentes especialidades; sin embargo en este caso,

⁴ Es importante tener presente el concepto de Modelo Médico Hegemónico (MMH) que fue creado para describir y analizar la institucionalización de la biomedicina. Por MMH se entiende el conjunto de saberes generados por el desarrollo de la medicina científica que ha hegemonizado a los otros saberes desde fines del siglo XVIII hasta constituirse en la forma por excelencia de diagnosticar, explicar, atender y solucionar los problemas de enfermedad, legitimada tanto científica como políticamente. (MENÉNDEZ, 1990)

⁵ LIEBAN señala que durante el S. XIX la dimensión social tuvo la relevancia que se evidencia al considerar tanto los estudios desarrollados (por ejemplo los trabajos de Villerme, Virchow, J. Snow) como la implementación de políticas públicas. (LIEBAN, 1992:1)

⁶ Este enfoque se pone en clara evidencia hacia principios del S XX en EE.UU. con el Informe Flexner (BERLINER, 1988: 335).

el paciente igualmente queda reducido a un conjunto de "partes" susceptibles de ser tratadas independientemente por las distintas especialidades médicas:

"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..."

La manera en que se consideran los "factores psicológicos" se torna paradigmática. Se alude a ellos en distintas circunstancias, pero constituyendo una especie de psicología de "entrecasa", es decir con contenidos que refieren vagamente a la psicología. La denominada "parte psicológica" constituye 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 incorporarlo dentro de su especialidad ("deterioro psíquico-emocional", "enfermedades psicosomáticas").

Respecto de la "dimensión social", los residentes recaban de cada paciente un conjunto de antecedentes "económico-sociales". Estos datos son evaluados de acuerdo al "caso" ("depende de la patología", "depende del caso") y es la guía para tomarlos en cuenta (o excluirllos) en los procedimientos diagnósticos y terapéuticos. Se presta particular atención a ellos en el caso de enfermedades transmisibles.

"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"

"...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?"

La clínica médica propone una "reconstrucción" de la unidad al articular las distintas especialidades; reconstruye un 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.

La Relación Médico-Paciente

Todos estos aspectos del saber y la práctica médica son centrales para analizar la relación médico paciente y las representaciones de los médicos respecto de los sujetos sobre los cuales ejercen su práctica.

La relación médico-paciente ha sido caracterizada por Parsons en términos de "roles", partiendo de una concepción en la que no hay lugar para analizar ni el conflicto ni el cambio (Friedson, 1978). Por nuestra parte, se considera imprescindible analizarla como una relación social dinámica, histórica, que se construye/reconstruye concretamente.

Entre el personal médico y el paciente se establece una relación de desigualdad socialmente construida, que supone que el paciente cumpla con determinadas reglas operativas que permitan la actividad médica. Ante todo es necesario que el "profano" se considere enfermo para que llegue a consultar al médico y esta significación estará relacionada con elementos sociales y culturales (entre las cuales figurará el saber médico). "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" (Friedson, 1978)⁷.

Se espera que el paciente coopere aceptando y cumpliendo las indicaciones y decisiones del médico, quien se supone está capacitado para responder objetiva y neutralmente, a la vez que las respuestas del paciente serán consideradas como "desconfiablemente subjetivas".

Sin embargo, el médico ante la enfermedad o el enfermo no es neutral en ningún aspecto. Sería necesario 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" (Friedson, 1978). A estas preguntas agregaríamos: prejuicios y posicionamientos ideológico-políticos respecto de los pacientes, del lugar en que se ejerce

⁷ En términos de Laurell la percepción respecto de los padecimientos se construye a partir de momentos en los que se destaque un funcionamiento biológico diferenciable que influya en las actividades cotidianas que habitualmente se realicen (LAURELL, 1980).

la práctica médica y de las "enfermedades" que trata; las preferencias teórico-técnicas; la influencia de las características de su capacitación en el ámbito de la educación formal, así como las instancias extra-curriculares; etc. En este sentido, adquieren relevancia las condiciones en que la práctica médica se desarrolla y que conducen a su reproducción y/o cuestionamiento y transformación dentro de los límites institucionales en los que se despliega.

En nuestro caso concreto, un claro ejemplo de la construcción de esta relación de subordinación se evidencia al considerar la organización y uso del espacio. Si bien el hospital organiza el espacio para garantizar el "cuidado médico" y las actividades docentes, al mismo tiempo los usos del espacio son construidos a partir de la relación que entablan distintos grupos. En la "vida cotidiana institucional" se van redefiniendo a partir de esta interacción.

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.

El "uso" del espacio (particularmente respecto de las actividades docentes) recibe fuertes críticas por parte de los médicos, sobre todo referidas a la manera en que sus propias actividades son afectadas por la cantidad de gente que circula:

"Vos pasás, pasan los estudiantes, y los pacientes están ahí en la cama, pasan familiares."

"...cuántas 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 hay mucho movimiento."

Por otra parte 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..."

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. Cada uno de estos grupos desarrollarán distintas actividades con lo cual el paciente también queda "expuesto" a múltiples acciones, como las 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."

"...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 toqueo que tienen, es un manoseo, eso es lo triste del Hospital."

Algunos médicos "tratarán" de resguardar la privacidad del paciente, haciendo la revisión antes que ingresen los estudiantes y comiencen a llegar los familiares o bien pidiendo a estos últimos 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 construyen al paciente como un "objeto" (un "caso") deben aceptarse sin cuestionamientos, las segundas algunas veces son controladas excluyéndolas. En todo caso las "necesidades del accionar médico" 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..."

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

"...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."

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

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: al trasponer la puerta de entrada del Hospital dejan de ser sujetos sociales para convertirse en "pacientes", individuos que requieren atención.

Del paciente se espera una completa subordinación, se controla su movilidad y su soledad o compañía en un proceso que abarca también a las "visitas" que "aprenden" una forma de comportarse signada por la subordinación. Este lugar de subordinación es percibido por los médicos como si se construyera "externamente", como si el personal del Hospital no participara en su construcción:

"...ellos se entregan absolutamente a vos, yo no sé lo que pasa en un privado pero debe ser distinto"... "Los pacientes no dicen nada, no sé por qué."

"...el paciente ya sabe que éste es un Hospital-escuela y cuando se internan ya saben."

Las críticas de los médicos residentes a la "falta de intimidad" se construyen tomando a la desigualdad como una situación "normal", no cuestionada. Se reproduce así una de las funciones del Hospital. Este tipo de institución fue específicamente creada para la atención de pacientes pertenecientes a "estratos sociales bajos", mientras las instituciones privadas quedan reservadas para quien pueda pagarlas:

"...el paciente mucho no puede cambiar, no puede elegir..."

La desigualdad asumida como "normal" y no cuestionada se define como diferencia 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..."

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 teparle el pecho a una mujer, perdés el pudor..."

...y pero, viste?, son las condiciones en que tenés que trabajar..."

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.

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 a la vez se considera como "normal" para estos pacientes que se atienden en un hospital público; esta normalidad encubre la diferenciación y ratifica sus propias formas de acción enfrentadas a lo que ellos mismos critican.

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. Indagar en ellas constituye un eje central al caracterizar una relación conflictiva como ésta.

Los Pacientes

En el caso que analizamos, una apreciación compartida por todos los residentes es que los pacientes de la Sala son "pobres" o sectores medios pauperizados:

"La gente que llega es pobre..."

"...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..."

"Cambiaron los pacientes que entran, antes la gran mayoría eran muy pobres, sólo un 10% más 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..."

Unida a esta apreciación aparecen tres ejes que completan la caracterización de los médicos respecto de sus pacientes: el "estado" de los pacientes al ingresar al hospital; el tipo de "casos" que se atienden en la sala y, finalmente, el referido a la descripción de su comportamiento o forma de actuar.

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."

"Llegan mal acá, muchos tendrían que haber venido antes..."

La consulta tardía es explicada por los médicos residentes con relación a distintos "obstáculos": económicos (llegar al Hospital implica el pago del pasaje o faltar al trabajo con el consecuente descuento del salario), geográficos (distancia del hogar), otros que hacen a la organización institucional (dificultades en la obtención de turnos para distintos médicos o 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, con profesionales o con estudiantes universitarios. "No saber" implica para los residentes que los pacientes no saben reconocer un estado de enfermedad ni seguir correctamente un tratamiento indicado porque no han completado su educación formal (primario, secundario):

"...por ahí no saben o no tienen guita entonces vienen cuando no dan más..."

"...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..., personas que no entienden cosas elementales..."

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 la Unidad de Terapia Intensiva; 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 explicado porque "no pueden llegar" a los consultorios externos en virtud de las distancias geográficas o por no contar con los medios económicos para comprar los medicamentos o seguir las dietas y tratamientos prescritos por los médicos. Hay pacientes a los 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..."

Estas situaciones también influyen, en las acciones que emprenden los médicos al momento de decidir la externación del paciente lo cual lleva a un aumento del tiempo de internación:

"...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..."

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 que se atiende.

Así el período de internación se extiende aunque esto aumente los "costos", el Hospital enferme o afecte 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 tiempo (incluso años) y es justamente el tiempo que permanecen; el abandono es 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 absoluta.

"tenemos 3 pacientes crónicos, linyeras...ya se les fue 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..."

El "abandono" no se construye solamente porque no tienen un lugar al que acudir, 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 hacen el control médico periódico como al resto de los pacientes; incluso las enfermeras protestan si deben lavarlos o si piden un calmante por algún dolor:

"...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..."

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, prendas tejidas, alimentos, etc.):

"...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..."

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

Si bien los pacientes raramente cuestionan o preguntan qué hace el médico con ellos, a su vez los médicos tampoco informan al paciente argumentando que no tienen tiempo o que los pacientes no les preguntan. El paciente debe aceptar que le hagan determinados estudios o se los someta a determinadas terapéuticas sin cuestionar:

"...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..."

"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 (...)"

En el trato básicamente se comparte una forma particular de preguntar, en algunos casos se adopta un estilo de lenguaje que no es el habitual:

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

Existe entre los médicos el presupuesto que los pacientes "pobres" sólo entenderán si emplean determinados giros o palabras, cambiando su forma habitual de hablar. Los cambios en las formas de preguntar dependen de que el paciente pertenezca a su mismo grupo social o a otro:

"...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..."

"...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 tres metros 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..."

Sea porque "no saben", por la falta de recursos para acudir al hospital, o por el "abandono", los pacientes "pobres" evidencian los límites de la consideración única de criterios específicamente orgánicos en la práctica y el saber médicos. Sin embargo esta "evidencia" se diluye a favor de la consideración de factores biológico-orgánicos como causa de un determinado padecimiento. Los "enfermos" son ante todo pacientes; más que sujetos sociales son "organismos" y su subjetividad se desdibuja permanentemente aunque irrumpa esporádicamente en forma de "obstáculo", "afecto" o al reconocer a un "pariente" por detrás de un organismo enfermo.

A manera de conclusión

Las condiciones de ejercicio de la práctica médica, 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 de la Argentina. En el caso que analizamos los médicos residentes "multi-facéticos" 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. Si bien aquí no lo desarrollamos, el hecho de

que sean médicos jóvenes con un sistema de contratación precario se inscribe en la misma "funcionalidad".

En el desarrollo cotidiano de su práctica, los médicos construyen como "normal" las condiciones permanentes de carencia. Se constituyen para ello un conjunto de "saberes y prácticas operativos" que procuran compensarlas ("apurar el estudio", "hacer de camilleros"); sin embargo esta situación de "normalidad" no impone formas y modalidades de relación homogéneas. Existen momentos de "estallidos", de crisis asistenciales, de cuestionamientos, etc.

Las condiciones en que se ejerce la práctica médica repercuten en la instancia de capacitación de los médicos residentes que "pierden tiempo haciendo tareas que no les corresponden", sin embargo aprenden a ejercer su práctica en condiciones de permanente escasez de recursos.

Uno de los puntos relevantes en la capacitación consiste en 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 sólo sobre los "casos" que es "común" atender sino también para responder a los "casos" que no es común "ver" (lo "exó-

tico"). La experiencia permite consumir el accionar eficaz del médico.

Los médicos 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.

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. En la interacción médico/paciente/institución se construye esta subordinación.

Al paciente se le construye como "objeto" desde el momento mismo de traspasar la puerta de ingreso a la sala (pasa a ser "paciente"). Es sometido no sólo a la atención médica sino a las actividades docentes (universitarias y de la residencia). Estas actividades se despliegan subordinando al paciente, que debe aceptarlas sin cuestionamientos. Pero no se moldea a priori, las formas en que se utiliza el espacio evidencian 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".

Bibliografía

- BELMARTINO, SUSANA y BLOCH CARLOS (1985). Economía, sociedad y política de salud en Argentina. En: *Cuadernos Médico Sociales*, Rosario, Argentina, 31:5-25.
- BERLINER, HOWARD (1988). Una perspectiva más amplia sobre el informe Flexner. *Segundas Jornadas de Atención Primaria de la salud*, Buenos Aires, Argentina, pp.331-355.
- CONRAD, P. (1982). Sobre la medicalización de la anormalidad y el control social. En: *Psiquiatría Crítica. La política de salud mental*, Barcelona, Crítica.
- FRIEDSON, E. (1978). *La profesión médica*, Barcelona, Editorial Península.
- GRIMBERG, M. (1988). La construcción social de la salud enfermedad en trabajadores de la industria gráfica. En: *Etnia*, 33:33-50.
- IRIART, C., LEONE, F. Y TESTA, M. (1995). Las políticas de salud en el marco del ajuste. En: *Cuadernos Médico Sociales* 71.
- KATZ, JORGE Y ALBERTO MUÑOZ (1988). *Organización del sector salud: puja distributiva y equidad*. Centro Editor de América Latina.
- LAURELL, ASA CRISTINA (1986). El estudio social del proceso salud-enfermedad en la Argentina. En *Cuadernos Médico Sociales*. Rosario, Argentina, 37:3-17.
- LIEBAN, C. (1992). El campo de la antropología médica. *Ficha de cátedra del Seminario de Antropología Médica*, Buenos Aires.
- MENÉNDEZ, EDUARDO (1978) El Modelo Médico y la salud de los trabajadores, Franco Basaglia y otros. *La salud de los trabajadores*. México, Nueva Imagen.
- MENÉNDEZ, EDUARDO (1990) *Morir de alcohol. Saber y hegemonía médica*. México, Alianza Editorial.
- SPINELLI, HUGO (1991) Salud y Políticas de ajuste. En: *Salud Problema y Debate*, Buenos Aires, 3 (5):5-22.

MAESTRÍA EN CIENCIAS FARMACÉUTICAS

Objetivo

Formar recursos humanos capaces de realizar de manera original e independiente, actividades de investigación, docencia y servicio, orientadas a la generación de conocimientos científicos, tecnológicos y humanísticos en las ciencias farmacéuticas.

Requisitos de Ingreso

- ☒ Título de licenciatura en Q., Q.F.B., Q.F.I., Q.B.P., I.F., I.Q. u otro afin a las Ciencias Farmacéuticas.
- ☒ Aprobar examen de admisión.
- ☒ Aprobar examen de comprensión de textos científicos en inglés.
- ☒ Realizar entrevista con el Comité Tutorial.

Proceso de Admisión

Recepción de documentos: septiembre y octubre en la Coordinación de Servicios Escolares

Examen de selección y de inglés: primera quincena de noviembre

Entrevistas: segunda quincena de noviembre

Resultados: diciembre

Inicio de cursos: enero

Duración

El programa está diseñado para cursarse en seis trimestres. Los primeros son un tronco común con sistema escolarizado y en los siguientes se desarrollará un proyecto de investigación dirigido por un comité tutorial. Dadas las características de este sistema, se requiere disponibilidad de tiempo completo.

Plan de Estudios

Primer trimestre: Teoría y métodos en la investigación farmacéutica.

Segundo trimestre: Bases fisicoquímicas de los procesos biológicos y farmacéuticos.

Tercer trimestre: Las interacciones fármaco-organismo.

Los siguientes tres trimestres están previstos para realizar un proyecto de investigación.

Líneas de Investigación

- ☒ Investigación fitofarmacológica.
- ☒ Atención y servicios farmacéuticos.
- ☒ Historia, epistemología y educación en las ciencias farmacéuticas.
- ☒ Diseño y producción de biológicos.
- ☒ Investigación biofarmacéutica.

Informes

Coordinación de la Maestría en Ciencias Farmacéuticas

Dra. LAURA CASTRILLÓN RIVERA

UAM Xochimilco, Calz. del Hueso 1100, Col. Villa Quietud,

Coyoacán, 04960 México, DF. Teléfono y fax 5483.7353



Casa abierta al tiempo

Especialización y Maestría en Medicina Social

El programa de estudios en Medicina Social que imparte la UAM-Xochimilco es un programa académico pionero en América Latina. Desde 1975 forma recursos humanos de alto nivel para la docencia, la investigación y la planeación en salud colectiva. Por la calidad de sus egresados, su amplia producción científica y las actividades de difusión que realiza, goza de gran prestigio nacional e internacional.

Duración

- ☞ *Especialización* un año ☞ *Maestría* dos años

Nivel de especialización

Durante el primer año se cursa este nivel, que proporciona la formación básica en Medicina Social. Comprende tres unidades de enseñanza-aprendizaje (módulos) trimestrales:

- a. Salud y sociedad
- b. Distribución y determinantes del proceso salud enfermedad
- c. Práctica médica y política sanitaria

Nivel de maestría

El segundo año se orienta fundamentalmente al desarrollo de un proyecto personal de investigación y a profundizar en uno de los campos de la medicina social. Se cursan:

- a. Tres talleres de tesis
- b. Seminario de formación docente
- c. Seminarios de profundización
- d. Seminarios optativos.

Requisitos para el ingreso

1. Carta de exposición de motivos
2. Título de licenciatura en áreas de ciencias de la salud o ciencias sociales
3. *Curriculum vitae* con comprobantes.

Calendario

Recepción de documentos del 1º de febrero al 30 de abril del 2001

Entrevistas: mayo del 2001

Inicio de clases: septiembre del 2001

Informes

Coordinación de la Maestría en Medicina Social. Edificio A, 2º piso

Área de posgrados de CBS.

Universidad Autónoma Metropolitana-Xochimilco

Calz. del Hueso 1100, Col. Villa Quietud,

Deleg. Coyocacán, 04960, México, DF

Tel. 54 83 72 04 y 54 83 71 18, Fax 54 83 71 73

Correo electrónico: mmedsoc@cueyatl.uam.mx



Casa abierta al tiempo