



FILO:UBA
Facultad de Filosofía y Letras
Universidad de Buenos Aires

G

Produciendo saberes hegemónicos

El caso de la residencia médica en un hospital universitario.

Autor:

Silbergleit, Carolina

Tutor:

Boivin, Mauricio

2009

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

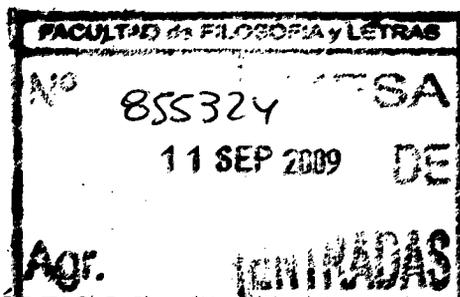


FILO:UBA
Facultad de Filosofía y Letras

FILODIGITAL
Repositorio Institucional de la Facultad
de Filosofía y Letras, UBA

UNIVERSIDAD DE BUENOS AIRES
FACULTAD DE FILOSOFIA Y LETRAS

Tesis
14-2-37



PRODUCIENDO SABERES HEGEMÓNICOS: EL CASO DE LA
RESIDENCIA MÉDICA EN UN HOSPITAL UNIVERSITARIO

Tesis de Licenciatura en Antropología Social

CAROLINA SILBERGLEIT
L.U: 26.844.401

DIRECTOR: MAURICIO BOIVIN

UNIVERSIDAD DE BUENOS AIRES
FACULTAD DE FILOSOFIA Y LETRAS
Dirección de Bibliotecas

Aule 236

BUENOS AIRES, 2009

AGRADECIMIENTOS	2
INTRODUCCIÓN: DE LAS IDEAS AL CAMPO, DEL CAMPO A LAS IDEAS.....	4
CAPÍTULO I. EL MODELO BIOMÉDICO. UN SABER LEGITIMADO, UN HACER HEGEMÓNICO.....	14
LA MEDICINA COMO PROFESIÓN. EL SABER QUE SE IMBRICA CON EL HACER.....	18
DE HACERES Y SABERES ¿ES LA MEDICINA CIENCIA?	20
CAPÍTULO II. EL HOSPITAL DE CLÍNICAS Y LAS RESIDENCIAS MÉDICAS.....	30
EL HOSPITAL DE CLÍNICAS.....	30
<i>El Hospital de Clínicas y las primeras residencias médicas hospitalarias.....</i>	<i>33</i>
EL INGRESO A LA RESIDENCIA, O COMENZAR A FORMAR PARTE	36
<i>Concurrentes, becarios: el precio de acceder.....</i>	<i>42</i>
<i>“La residencia en el Clínicas es más difícil, pero vale la pena el esfuerzo”.....</i>	<i>44</i>
LA RESIDENCIA DE MEDICINA INTERNA. ORGANIZACIÓN FORMAL Y CONSTRUCCIÓN DE IDENTIDADES.	51
CAPÍTULO III. UN DÍA EN LA RESIDENCIA	58
CAPÍTULO IV. DE ENTES LIMINALES Y RITOS SECULARES. LA INSTITUCIÓN SE PLASMA EN LO COTIDIANO.....	92
LA FORMACIÓN EN SERVICIO.....	92
LA RESIDENCIA COMO PASAJE RITUAL. LIMINALES ¿PERO? IMPRESCINDIBLES.....	95
PASES Y RECORRIDA, INSTANCIAS RITUALIZADAS.....	107
<i>El carácter performativo del ritual, o cómo se modelan habitus hegemónicos</i>	<i>111</i>
CONCLUSIONES.....	116
LA RITUALIZACIÓN HEGEMÓNICA, O LA HEGEMONÍA COMO TOTALIDAD.....	116
DE INSTITUCIONES HEGEMÓNICAS	119
LA ‘HEGEMONIZACIÓN’ COMO PASAJE RITUAL.....	121
BIBLIOGRAFÍA:.....	123
CUADROS ANEXOS.....	126

Agradecimientos

"¿Pero estuve en realidad tan solo con mis investigaciones?"
Franz Kafka, *Bestiario*.

Dicen que escribir una tesis es como tener un hijo. En mi caso, una y otro se `gestaron' casi simultáneamente. Doblemente agradecida, entonces, dedico estas primeras líneas a quienes me acompañaron en este camino, incluyendo a quienes, al cuidar a Pedro, me permitieron trabajar en esta tesis con la tranquilidad de saber que mi hijo estaba en las mejores manos.

Gracias a mi director, Mauricio Boivin, por la paciencia y calidez con que me orientó y acompañó aún desde antes de comenzado el trabajo de campo, haciendo que el proceso de construcción de la tesis deviniera en un permanente, interesante y agradable aprendizaje acerca del hacer antropológico.

El apoyo de mis amigos y amigas fue fundamental para transitar este camino. Entre ellos, quiero agradecer especialmente a Julia Piñeiro Carreras, que me acompañó incondicionalmente desde el primer momento, con interés y confianza, leyendo y releendo, sugiriéndome inteligentes ideas. A Julieta Gaztañaga, por sus atentas y detalladas lecturas, con devoluciones tan generosas, tan pertinentes. A Melina Silbergleit, por su entusiasmo, sus lúcidos comentarios, por estar siempre.

Catalina Alba leyó y corrigió el tercer capítulo, plasmando su 'saber médico' y verificando que los términos utilizados fueran los correctos. Diego De Angelis, por su parte, corrigió el estilo de gran parte de la tesis. Mi agradecimiento a estas lecturas atentas, detalladas y minuciosas. Anaclara Frosio no solamente cuidó a Pedro cada mañana con enorme afecto; además, soportó mis estados y me escuchó pacientemente.

No puedo dejar de reconocer –muy especialmente– a mis interlocutores, sin los cuales esta tesis no existiría. A Daniel Piñeiro por permitirme acceder al hospital, y por su siempre desinteresado interés. Los médicos de la cátedra, principalmente los residentes, aceptaron

generosamente que ingresara a su mundo, dejándome conocer una parte importante de sus vidas. A ellos mi más profundo agradecimiento.

Gracias a mis padres y a mis hermanas, por su incondicionalidad, y porque su afectuoso sostén y constante confianza permitieron en gran medida que hoy esté escribiendo estas líneas. Mis suegros me apoyaron permanentemente, tanto en su rol de abuelos como desde el genuino interés en el trabajo que estaba yo desarrollando.

Le agradezco a Juan por *el amor*, por estar siempre, porque sin su apoyo no hubiera podido sostener este proceso. Habiendo discutido conmigo cada una de las ideas aquí plasmadas, habiendo leído y releído todas y cada una de las páginas que la conforman, debo reconocer que esta tesis es en realidad de ambos.

Pedro y su risa hacen que todo sea más fácil. Espero que éste y otros proyectos en que me embarque estén a la altura de que algún día se sienta orgulloso de su mamá.

Introducción: De las ideas al campo, del campo a las ideas.

“Toda comprensión intensa es finalmente la revelación de una profunda incompreensión.”

Clarice Lispector, *La pasión según G.H.*

Siempre estuve interesada en la temática relacionada con la salud. Mucho antes incluso de pensar en escribir esta tesis fui estudiante de la carrera de Medicina. Luego de unos años de cursada, y al imaginarme como la médica que iría a ser, comencé a cuestionarme, tal vez algo ingenuamente, acerca de los motivos por los que iría yo misma a ser funcional a un sistema que representaba al paradigma dominante en cuanto al modo de entender y tratar al cuerpo humano y a su padecimiento. Mis preguntas rondaban acerca de la universalidad de los límites que se establecen entre las ideas de salud y enfermedad, desde una mirada crítica hacia la institución en que me estaba formando y poniendo en duda a la objetividad que rige a los diagnósticos y tratamientos indicados desde la medicina. Estas reflexiones me hacían sospechar que los procesos de salud- enfermedad- atención obedecen a cuestiones que van más allá de un saber que se limita a ser científico. Más aún cuando, de igual forma, intuía que la ciencia en tanto tal también forma parte de procesos culturales, sociales, históricos, económicos e incluso ambientales, por lo que –me parecía- no se puede reconocer a ningún saber, por más científico que sea, igualándolo a la verdad.

Con esas ideas en mente, y buscando herramientas para responder a los interrogantes que me surgían, comencé a estudiar la carrera de Antropología. A mi mirada interesada, el sumergirme en esta disciplina fue dotando de conceptos, de ideas, que responderían algunas de las preguntas con las que llegaba y sumarían al mismo tiempo nuevos interrogantes, nuevos cuestionamientos.

Al escribir estas líneas me doy cuenta de que, a partir del proceso de elaboración de mi tesis, fueron reapareciendo y –en parte- encontrando respuesta muchas de las inquietudes

que me movieron a decidir no ser médica, muchas de las preguntas que me surgieron en el momento en que –sin herramientas teóricas ni metodológicas desde las que construir una mirada crítica al saber dentro del que me estaba formando- elegí intentar responder.

Me introduje en el tema de las residencias médicas hospitalarias cuando, cursando la carrera de Antropología y atendiendo a lo que indicaba una consigna de la materia Metodología y Técnicas de la Investigación de Campo, tuve que realizar una experiencia de observación con participación. Dado que quería orientar mi investigación en el área de la salud, tuve la oportunidad de participar en un curso dictado para los residentes¹ en un hospital público de la Ciudad de Buenos Aires. Sin saber fehacientemente qué era lo que iba a buscar en el campo empírico al que estaba accediendo, consideraba que acceder al hospital era acercarme al mundo biomédico.²

La inserción en el campo en el marco de esa materia fue una experiencia breve, que se limitó a cumplimentar con lo solicitado por las consignas propuestas. Sin embargo, fue crucial para acercarme a *la residencia*³ en tanto institución. Principalmente, al identificar que las residencias médicas hospitalarias se constituyen en la actualidad como la institución socializante por excelencia, tanto para continuar con la formación de los médicos recientemente graduados como para su inserción profesional. Planteadas como programas de postgrado de formación en servicio, apuntan al entrenamiento y perfeccionamiento, tanto

¹ Utilizo, según está generalizado en el uso de nuestra lengua, el genérico masculino igualándolo al neutro. Lo hago a pesar de reconocer que este uso, que legitima la dominación masculina, no es un detalle menor en nuestra historia. Así como tampoco es un detalle menor en este trabajo: un alto porcentaje de residentes –y de médicas- son mujeres.

² Hoy en día, el saber biomédico resulta inseparable de la práctica hospitalaria. Sin embargo, la importancia del hospital en la formación y la práctica biomédica, tan naturalizada en la actualidad, así como esta asociación directa entre la institución y el profesional de la salud, son el resultado de un largo proceso histórico de construcción. Para interiorizarse en el mismo, véase Coe (1973) y Foucault (1979).

³ Hago uso de la letra cursiva para palabras extranjeras y para hacer referencia a términos nativos; de las comillas dobles para reproducir citas textuales, y de las simples para denotar mi énfasis.

teórico como práctico, en alguna especialidad de la medicina, con el objetivo de adquirir habilidades y destrezas de manera intensiva durante un tiempo acotado.

En el marco de la realización de esta tesis, tuve la oportunidad de acceder, años después, a una nueva experiencia de campo. Manteniendo *la residencia* como campo de estudio, se conservaba el modelo biomédico como eje de mis preocupaciones. En esta ocasión, realicé el trabajo de observación participante en el Hospital de Clínicas “José de San Martín”, dependiente de la Universidad de Buenos Aires. Este hospital, centenario y tradicional, es una institución de renombre, reconocida no solamente desde un punto de vista ‘médico’, funcionando como hospital de consulta y referencia, sino además como espacio de formación y especialización profesional, de grado y de postgrado.

En este contexto, el objetivo de la investigación que dio origen a esta tesis comenzaba a vislumbrarse y luego tomó forma: analizar el proceso de constitución profesional mediante el cual los recientemente graduados se instituyen en tanto médicos especialistas, adquiriendo los *habitus*⁴ que caracterizan a su quehacer y comenzando a formar parte de una institución a la que al mismo tiempo empiezan a representar. Como menciona Byron Good (1994), analizar cómo los estudiantes de medicina aprenden su profesión permite acceder al mundo altamente especializado de la medicina clínica.

Ahora bien, al centrar mi investigación en una institución particular, el objetivo que orientaba mi trabajo adquiría especificidad. Pensando en indagar acerca del proceso de constitución profesional, debía –más concretamente- analizar el proceso a partir del cual los residentes de un hospital universitario de la Ciudad de Buenos Aires, el Hospital de Clínicas “José de San Martín” -que, como veremos en el desarrollo de este trabajo, es particular y

⁴ Entendiendo al concepto de *habitus*, según la definición de Bourdieu, como mecanismos estructurantes, categorías de percepción, de apreciación, o como principios de clasificación al mismo tiempo que como principios organizadores de la acción, adquiridos históricamente, fundados institucionalmente y socialmente variables, que operan desde el interior de los agentes pero que los trascienden (Bourdieu, 1996; Bourdieu y Wacquant, 2005).

paradigmático-, se constituyen en tanto médicos especialistas, adquiriendo los habitus que caracterizan a su profesión.

El modo en que planteo la realización de este trabajo se centra en lo etnográfico, en su triple acepción: como enfoque, como método y como texto (Guber, 2001). Definiendo a la etnografía como “el proceso y el producto de investigaciones antropológicas sobre realidades sociales delimitadas en tiempo y espacio, cuyo fin es la descripción de su particularidad” (Rockwell, 1987:2), sigo a esta autora al sostener que si bien necesariamente la etnografía parte de un trabajo campo, no es sinónimo de este último, sino que incluye a todo el proceso de construcción de conocimiento (op. cit.). Sucede que el investigador⁵, en el mismo proceso de realización del trabajo de observación participante, se va internando en la lógica del grupo en estudio, por lo que, además de recolectar datos, va construyendo el complejo descriptivo-explicativo del mundo social en el que está investigando (Guber, 2001, 2004; Velasco y Díaz de Rada, 1997).

En este sentido, fue en el devenir del campo que fui elaborando mis argumentos. Es decir, si a priori mis intereses rondaban acerca de dar cuenta de cómo se desarrolla el proceso de formación profesional en el marco de una residencia hospitalaria, mediante transcurría la investigación me fueron surgiendo distintas preguntas, en relación con estos intereses, que empezaban a su vez a responderse. Por un lado, me encontraba con que, siendo la residencia una instancia de postgrado, no solamente implicaba formación: representaba también una primera experiencia laboral para quienes accedían a un cargo. Me preguntaba entonces si esta combinación imbricada entre la formación y el trabajo no podría ubicar a los residentes en un lugar un tanto ambiguo, que pudiera manifestarse en tanto, según el momento, adscribían a –y eran identificados con- uno u otro aspecto de su condición.

⁵ Es pertinente aclarar, también en este caso, que el uso del masculino como genérico, tal como está generalizado en nuestra lengua, trae consigo implicancias que no son menores, de las que soy consciente al escribir estas líneas.

Por otra parte, y en este sentido, observaba que la residencia representaba para los jóvenes graduados una instancia de especialización. Ahora bien, ¿el formarse como médicos en este contexto institucional, se limitaba a la adquisición de nuevos conceptos teóricos y técnicos o involucraba a un proceso que abarcaba también algo más? En el caso de que la constitución profesional que representaba la residencia excediera a la adquisición de nuevos saberes, debía indagar acerca de cuáles eran esas otras cuestiones que este proceso involucraba.

Desarrollé la instancia de mi investigación constituida por el trabajo de observación participante entre los meses de enero a marzo de 2007, en que concurrí a diario al Hospital de Clínicas, compartiendo con un grupo de residentes su rutina cotidiana. Como explicaré en los próximos capítulos, en el contexto de una unidad hospitalaria se desarrollan distintas residencias para las diferentes especialidades médicas. A los efectos de la investigación, debía elegir en cuál centrar mi trabajo. Si el propósito del mismo era analizar la constitución profesional de los recientemente graduados de la carrera de medicina, consideré que lo pertinente era trabajar con una especialidad que fuera realizada al terminar la carrera de grado.

Efectué mi trabajo de campo, entonces, en una de las cuatro cátedras⁶ de Medicina Interna⁷ del hospital. Vistiendo guardapolvo, de la misma manera en que los residentes lo hacen, realicé gran parte de sus actividades. Durante este período, me vi a mí misma, entre otras cosas, observando radiografías u otros estudios como una residente más –a pesar de, obviamente, no sólo no serlo, sino también no entender lo que estaba mirando-, contestando el teléfono de la sala de residentes, efectuando alguna búsqueda por Internet a pedido del

⁶ Si bien en próximas páginas ahondaremos sobre la manera en que formalmente se organiza el sistema de residencias en el hospital, nos adelantamos a aclarar que la organización por cátedras da cuenta de que lo académico está interrelacionado con lo asistencial hospitalario. De hecho, cada una de las cátedras funcionan como tales para la materia de *Medicina* de la homónima facultad de la Universidad de Buenos Aires.

⁷ La Medicina Interna es una especialidad médica que se dedica a la atención integral del adulto, ocupándose principalmente de los problemas clínicos de los pacientes que se encuentran internados en un hospital.

jefe de sala y realizando ciertos trámites administrativos como favor para alguno de los residentes, además de participar incluso de algún evento social. Debo aclarar, de todos modos que, obviamente, en ningún momento mi presencia allí se tradujo en la realización de ninguna práctica 'médica'. Hago esta aclaración, además, por otro motivo: las personas con los que trabajé eran en su mayoría jóvenes de mi edad, que vivían en mi misma ciudad y compartían conmigo pautas culturales, además de ser –como yo- universitarios (mis nativos eran mis 'vecinos', usando el término de Ginsburg [1998]). Es por esto que, debo reconocer, antes de comenzado el trabajo de campo temía no poder encontrar la manera de 'acercarme' a los mismos, manteniendo a su vez la distancia que mi trabajo requería y, al mismo tiempo, lo contrario: a pesar de los puntos que –sabía de antemano- teníamos en común, pertenecíamos a mundos totalmente diferentes, y no puedo negar que mi mirada teórica previa era –es- crítica hacia el modelo biomédico. Como señala Guber (2004), el antropólogo y las personas a las que estudia provienen de dos universos de significación, de dos mundos sociales diferentes, aun cuando el investigador pertenezca al mismo grupo o sector que sus informantes. Esto se debe principalmente, explica la autora, a que el interés del primero –la investigación- difiere del de sus interlocutores –su vida cotidiana-, por lo que su mirada no es como la de alguien en la cotidianidad.

Aún con todo, debo reconocer que, en la práctica, acercarme a mis interlocutores teniendo claro al mismo tiempo cuál era mi objetivo al hacerlo fue tal vez menos difícil de lo que imaginaba. Considero, luego de realizada la experiencia de campo, que la empatía que surge de un vínculo que hasta podría llamar 'amistoso' contribuyó más a la realización de este trabajo que lo que podría haber afectado en tanto confundirme acerca de qué rol era el que estaba yo cumpliendo allí. Es que, si mi permanencia cotidiana extendida a lo largo de varios meses hizo que durante ese tiempo en algún punto mi presencia no llamara demasiado la atención, y se me considerara desde algunos aspectos incluso como una más (máxime teniendo en cuenta que se trata de un ámbito en que se da una alta circulación de personas), lo cierto es que los residentes en muchas situaciones notaban que estaba yo ahí, como alguien ajena a su mundo, que observaba su cotidianeidad, y hasta manifestaban incomodidad por ello. Tratándome siempre con respeto, parecían tener claro que yo,

libreta de campo en mano, obedecía a un fin diferente al que ellos tenían. Si, al pertenecer a un ámbito extremadamente académico, entendían que mi trabajo también lo era, y hasta se mostraron en su mayoría interesados en saber cómo iba el mismo avanzando, también es cierto que no todos parecían entender todo el tiempo qué era lo que yo estaba haciendo allí, y había momentos en que mi presencia incluso parecía perturbar el fluir de determinadas conversaciones o situaciones. Esto, no obstante, no impidió que los residentes respondieran a todas y cada una de mis preguntas, ni que no sólo me permitieran participar de sus actividades sino que me invitaran a hacerlo en muchas oportunidades.

Por otra parte, al pensar otra vez en cómo se desarrolló mi experiencia de campo, me sorprende notar que la ambigüedad con la que caracterizo a lo largo de esta tesis a mis interlocutores etnográficos, también en algún punto me describe a mi misma. Más que expresar esto en relación con el lugar en que los mismos me ubicaban, me refiero a que durante el trabajo de campo –y aún mientras escribo esto- me encontraba –me encuentro- yo también en una posición liminal, debido a estar atravesando el proceso por el que dejaba de ser estudiante –de alguna manera ya no lo era- para abrirme paso en el mundo profesional, como antropóloga, una vez hubiera terminado con la escritura y evaluación de esta tesis.

Partiendo de los objetivos que motivan esta tesis, la estructuro en cuatro capítulos. En el primero, me acerco al análisis del modelo biomédico, explorando de manera teórica en el marco del que *la residencia* forma parte. Considerado, para nuestra sociedad occidental contemporánea, como el modo científico y por lo tanto neutral y universal para atender y entender los procesos de salud-enfermedad-atención, y con el biologismo como rasgo estructural dominante, este modelo es legitimado como hegemónico por la sociedad y por el Estado (Laplantine, 1999; Menéndez, 1990,1996; Mishler, 1981; Gordon, 1988). Sin embargo, lejos de limitarse a representar en la práctica a un saber científico-biológico, la profesión médica se constituye como un quehacer técnico, colmado de procesos culturales, históricos y sociales, que en todo caso utiliza conocimientos científicos para proceder. Esto no significa,

de todas maneras, que la práctica médica sea individual y autónoma. La institucionalización, rutinización y protocolización del quehacer unifican y homogenizan al saber médico, limitando de esta forma la actuación individual, dotando a la misma de un saber común que estructura colectivamente las prácticas, fundamentadas ideológicamente en la supuesta objetividad científica (Menéndez y Di Pardo, 1996).

En el segundo capítulo, habiendo reflexionado acerca de la profesión médica y del modelo del que forma parte, procedo a contextualizar también mi trabajo etnográfico a partir de presentar al campo empírico en que el mismo se desarrolla. Para eso, reviso primeramente la historia del Hospital de Clínicas y cómo, desde sus inicios en el SXIX, se articularon imbricadamente la atención de los pacientes con el aspecto formativo –tanto de grado como de postgrado-. Tan es así que las primeras residencias médicas hospitalarias que se realizaron en la Argentina, en la década de 1940, se llevaron a cabo en este tradicional hospital, dependiente de la Universidad de Buenos Aires.

Luego de repasar también la historia del Sistema de Residencias Hospitalarias en nuestro país, relato la manera en que formalmente se organiza en la actualidad, explicitando también cómo está planteado el ingreso al mismo. Me detengo en este punto debido a que, si bien para mis interlocutores está generalizado como *indispensable* realizar una residencia, no es fácil acceder a una vacante: el número de plazas disponibles es muy limitado en relación con la cantidad de aspirantes. Y este no es un dato menor al pensar acerca de la institución. Los postulantes, en este sentido, generan un complejo mapa cognitivo con las opciones para poder ingresar. Dentro de las estrategias que los jóvenes se plantean, la elección del hospital y la especialidad se construyen asociando preferencias y posibilidades.

Dado que los residentes con los que trabajé realizan su formación en servicio en el Hospital de Clínicas, culminando el capítulo me aboco a la descripción de la manera en que el sistema de residencias se organiza en esta institución hospitalaria. Debido a que mi trabajo se desarrolló en una de las cátedras de Medicina Interna, explico a su vez el modo en que se estructura formalmente esta especialidad. Asimismo, presento la organización formal de las

relaciones entre los residentes al interior de la cátedra, que contribuye al mismo tiempo a la constitución de identidades, en relación con los roles que cada uno desempeña.

Es en el tercer capítulo que me introduzco en el mundo de las residencias en sí mismo: a partir de un relato etnográfico, nodal en la estructura de esta tesis, que describe a la cotidianeidad en la residencia, intento ilustrar la manera en que las prácticas institucionales se plasman en la constitución de hábitos y modelación de subjetividades de los residentes. Como sugiere Peirano (1992), el trabajo de observación participante es central en la investigación antropológica, no tanto por las implicaciones retóricas del estilo monográfico, ni solamente como técnica de recolección de datos, sino por ser un procedimiento que tiene implicancias teóricas específicas. No pudiendo diferenciarse la teoría de la técnica, la etnografía representa al modo en que la teoría antropológica se desarrolla y se enriquece, al confrontarse la teoría y el sentido común del investigador con la observación de aquellos a quienes estudia. Si hacer etnografía implica entonces confrontar el punto de vista del investigador con los de aquellos a quienes investiga, tal vez lo interesante de esta perspectiva tenga que ver, como lo sugieren Balbi y Boivin (2008), con el hecho de que la misma, dando por supuesta la diversidad de la realidad, en el intento de aprehenderla centre estratégicamente su mirada en las perspectivas de los actores. Por un lado, al concebirlas como parte del mundo social a examinar, pero además, y principalmente, entendiendo que quienes forman parte de una realidad social deben tener alguna visión de su propio mundo que les permita operar en él, por lo que su punto de vista resulta fundamental para comprender el mundo social del que forman parte. Es en este sentido que, con la descripción de una jornada característica en la residencia, estoy buscando reflejar este proceso de construcción de conocimiento que se da tanto al realizar el trabajo de observación participante cuanto al redactar lo apre(he)ndido.

En el cuarto capítulo, tras haber descripto (y con ello analizado) el modo en que se desarrollan las actividades cotidianas al interior de la residencia, me dispongo a pensar lo presentado anteriormente desde la perspectiva del ritual. Primeramente, considerando al tránsito por la residencia como un rito de pasaje, desde la perspectiva de Van Gennep y

Víctor Turner (1980, 1988): los residentes ya no son estudiantes, tampoco son los médicos especialistas en que se convertirán al culminar este proceso. La liminalidad que caracteriza a esta etapa está dada principalmente por la ambigüedad en que se encuentran los residentes, que invisibiliza el lugar central que tienen en la estructura hospitalaria.

En el mismo capítulo, indagando acerca de las características que tiene este proceso, pienso a la reiteración cotidiana y permanente de determinadas actividades -con similares características y patrones de acción- en tanto rituales desde una perspectiva distinta a la anterior, basándome especialmente en los trabajos de Tambiah (1981) y Moore y Myerhoff (1977). *Pases y recorridos* no solamente cumplen con la función de asistir a los pacientes y evaluar y formar al mismo tiempo a los residentes. Entendidos como ritos, reflejan ideas culturales y relaciones sociales, además de -principalmente- configurarlas. La incuestionabilidad que adquieren las prácticas al ser sacralizadas sostiene a un sistema simbólico culturalmente construido, conformándolo a su vez. En este caso, estos constructos cosmológicos e ideológicos tienen que ver con el saber médico en tanto científico, neutral y universal.

Para concluir, retomo la idea de hegemonía, abordándola desde la perspectiva de Williams (1997 [1977]) y vinculándola con el análisis etnográfico desarrollado a lo largo de esta tesis. Principalmente al ubicar que, más allá de centrar esta investigación en un contexto en el que el ejercicio de la biomedicina resulta hegemónico sobre otros modos de atender y entender los procesos de salud- enfermedad- atención, el proceso institucional que representa la residencia involucra en sí mismo al desarrollo de relaciones que se vinculan con lo hegemónico y que resultan ser centrales en la constitución profesional de los residentes.

Capítulo I. El modelo biomédico. Un saber legitimado, un hacer hegemónico.

“No hay razones, pues, para dudar de la eficiencia de ciertas prácticas mágicas. Pero al mismo tiempo se observa que la eficacia de la magia implica la creencia en la magia, y que ésta se presenta en tres aspectos complementarios: en primer lugar, la creencia del hechicero en la eficacia de sus técnicas; luego, la del enfermo que aquel cuida o de la víctima que persigue, en el poder del hechicero mismo; finalmente, la confianza y las exigencias de la opinión colectiva, que forman a cada instante una especie de campo de gravitación en cuyo seno se definen y se sitúan las relaciones entre el brujo y aquellos que él hechiza.”

Claude Lévi-Strauss. *Antropología Estructural*.

La biomedicina, para nuestra sociedad occidental contemporánea, es considerada como el modo científico, y por lo tanto neutral y universal, de entender y tratar al cuerpo humano y a su padecimiento. Respondiendo a su modelo epistemológico de referencia -las ciencias exactas- y por tanto siendo claramente determinada por una supremacía del orden biológico, es legitimada tanto por la comunidad científica, como por la sociedad y por el Estado, imponiéndose de este modo como hegemónica (Laplantine, 1999; Menéndez, 1990,1996; Mishler, 1981; Gordon, 1988). Esta hegemonía, por un lado, conlleva la subordinación de otras prácticas y saberes curativo-preventivos. Por otro lado, genera un discurso médico científico que, sacralizado, se instala formalmente en la sociedad como la única verdad. El modelo biomédico⁸, en este contexto, es tomado como la representación de la realidad, en lugar de ser entendido como una representación posible más. Sin embargo, esta universalización del modelo responde a una construcción histórica, de la misma forma que el concepto de ciencia, a la que en teoría representa, también lo es. Es así que debe analizarse –

⁸ Gordon señala que no es posible hablar de biomedicina y tradiciones occidentales como términos monolíticos; entendiendo que estos conceptos esconden una multitud de diferencias locales e históricas. De este modo, la autora prefiere referirse a una pluralidad de biomedicinas (1988).

al igual que cualquier otro- dentro de un contexto histórico, geográfico y cultural, en permanente cambio y transformación, y en constante relación con otro tipo de saberes curativo-preventivos (Menéndez, op. cit.; Mishler, op. cit.; Gordon, op. cit.).

Previamente al análisis de cualquier tipo de manera de entender y tratar al cuerpo humano y a su padecer, debemos recordar que el proceso salud-enfermedad-atención es entendido desde la antropología médica como una de las áreas de la vida colectiva en que se constituyen muchas de las representaciones y simbolizaciones de las sociedades; al mismo tiempo, aparece como emergente de las condiciones históricas en que se desarrolla. Todas las sociedades necesitan producir estrategias de acción técnica y socioideológica respecto de los padecimientos que reconocen como tales (Menéndez, 1994; Bonet, 2004; Freidson 1978, Lock 1988; Grimberg, 1998). Este proceso es entendido por Menéndez (op. cit.) como un universal que opera estructuralmente: en toda sociedad, tanto los padecimientos como las respuestas a los mismos constituyen procesos estructurales que, además de generar representaciones y prácticas, producen un saber. Dentro de cada realidad histórico-social, se construyen las causas de los padecimientos, las formas de atención y los sistemas ideológicos en relación a los mismos, constituyendo una trama de representaciones (saberes teórico-técnicos y prácticos) y prácticas instituidas con distintos niveles de formalización e institucionalización. Enfermar, morir, atender a la enfermedad y a la muerte son entendidos por el autor como hechos sociales, que exceden a la existencia de profesiones e instituciones específicas y especializadas. Este proceso, asimismo, tiene un eje individual y uno colectivo, en la medida en que algunos padecimientos son reconocidos por los conjuntos sociales como fenómenos que deben ser solucionados colectivamente.

En nuestras sociedades contemporáneas, como mencionábamos anteriormente, prevalece la hegemonía del modelo biomédico, denominado por Menéndez como Modelo Médico Hegemónico (1990)⁹. Su rasgo estructural dominante es el biologismo, que no solamente

⁹ Menéndez aclara que el Modelo Médico Hegemónico debe ser considerado como una construcción metodológica, "que permite entender la racionalidad biomédica y el funcionamiento de la ideología

garantiza su cientificidad, sino que lo diferencia y jerarquiza en relación a los otros modelos de atención. En este contexto, la formulación profesional se constituye principalmente a partir de lo biológico; es así que la formación médica, tanto de grado como de postgrado, se realiza según estos mismos paradigmas, siendo los procesos sociales, culturales y psicológicos anecdóticos¹⁰.

Si bien la profesión médica en su conjunto asume, en un nivel manifiesto, que su labor de alguna manera constituye un acto social e ideológico, y no sólo técnico, en la práctica esto no se reconoce (Menéndez, 1990; Good, 1996; Camargo Jr., 2005). Esto no significa que el quehacer médico ignore las cuestiones vivenciales o conductuales. De hecho, al menos desde lo discursivo, la práctica biomédica se reconoce como biopsicosocial, considerando que esta condensación de los tres términos –biología, psicología y sociología- en uno representa un enfoque holístico, como si la yuxtaposición de términos representara una mirada más amplia. Sin embargo, los términos ‘psico’ y ‘social’ son sólo referencias genéricas, subordinadas al primado del discurso biológico: para la mirada médica, y principalmente para la formación médica, la realidad fundamental es la biología humana. Tanto durante la etapa exclusivamente formativa cuanto en la carrera profesional, la ‘medicina real’ y el conocimiento ‘relevante’ van creciendo exponencialmente, relegando cualquier otro aspecto que no tenga que ver con lo ‘científico’ (Camargo Jr, 2005). En este contexto, la medicina se constituye a sí misma como el terreno práctico de la biología (Good, 1996; Laplantine, 1999 Gordon, 1988, Camargo Jr., op. cit.). En concordancia con esto, su discurso es el biomédico, y

técnica dominante en el saber médico” (1990:20), cuyo valor es exclusivamente heurístico. Al ser una construcción metodológica, los conceptos se manejan abstractamente; actuando como referencia teórica de las situaciones históricamente determinadas, no pueden explicar cada una de ellas (1996:85).

¹⁰ Fleck, analizando el trabajo científico, considera que no hay objetividad sin subjetividad: la producción de conocimiento se realiza en un determinado contexto histórico y social; al ser fruto de un “colectivo de pensamiento”, resultante del intercambio de ideas entre personas, el consenso científico nunca será puramente objetivo o desprovisto de emoción (Fleck citado en Gilbert, 2005). En este sentido Good nos recuerda que la biología no es externa a la cultura, sino que forma parte de la misma; al estudiar a la profesión médica, y principalmente al modo en que la medicina ‘construye’ a sus objetos, esto no puede dejarse de tener presente (1996).

no se reconoce a través de otro ni reconoce ningún otro: todo lo que no se incluye en lo biológico se considera como no científico, no conteniéndose en el dominio del saber médico.

Desde la perspectiva biomédica, entonces, la enfermedad -así como la salud- es vista como un fenómeno natural y biológico, objetivo, y por lo tanto universal, lo que legitima el desarrollo del saber a partir de la racionalidad científica. Al ser abordados los procesos de salud-enfermedad desde una mirada que no contempla las variables históricas y sociales que repercuten sobre y determinan a los mismos, la importancia de los procesos no biológicos queda limitada o es evitada, por lo que el análisis se reduce a ser coyuntural (Menéndez, 1990, Gordon, 1998; Camargo Jr., 2005). Ahora bien, como mencionábamos anteriormente, esta universalización del modelo claramente es una construcción histórica. De hecho, la ciencia misma lo es. En este contexto de racionalización de la biomedicina, la *'inevitabilidad natural'*, lo *'dado'*, también son construcciones sociales, que responden en todo caso al paradigma dominante en la actualidad. Así es que la biomedicina, teórica e ideológicamente asumida como científica y neutral, no contempla que el modo en que se entiende y se trata a la salud y la enfermedad forma parte de y es constituido por aspectos sociales. El saber médico, por más racional que pueda ser, al ser aplicado sobre personas y grupos, entra en relación con representaciones y prácticas sociales que, articuladas con las representaciones y prácticas propuestas por el saber médico, convierten en hechos sociales y culturales una parte importante de sus actividades técnicas, más allá de que las personas interpreten a su hacer de esta manera (Menéndez, 1994).

Desde la perspectiva de la antropología médica, entonces, es hoy en día indudable que existen en la actualidad numerosas formas de atender al padecimiento. Incluso dentro de lo que se considera biomedicina existen posiciones holísticas, que reconocen a los procesos de salud-enfermedad-atención desde una perspectiva diferente a la dominante. Sin embargo, es también innegable que la forma biomédica de entender y tratar a los cuerpos, a los sujetos y su padecimiento continúa siendo la hegemónica, y las asunciones basadas en los conceptos *'científicos'* continúan siendo dominantes, imponiéndose, con el avance de la ciencia y la tecnología, aún más en los tiempos que corren. Así, muchas de las aparentes reformas a

menudo conservan los valores básicos y las presunciones de la biomedicina, perpetuando inevitablemente el *status quo*. Sin desconocer entonces la existencia de otras formas de atención, y justamente desde una perspectiva crítica, centraremos nuestro análisis en el modelo biomédico, entendiendo que la predominancia que éste tiene sobre los otros en nuestra cultura es incuestionable.

La medicina como profesión. El saber que se imbrica con el hacer.

Así como la biomedicina es en la actualidad el modo hegemónico, legitimado en nuestra sociedad, de entender a los procesos de salud y enfermedad, es en la profesión médica que se plasma, representando de manera práctica a un saber. Diversos autores desde las ciencias sociales, en las últimas décadas han trabajado sobre esta temática, entendiendo que esta idea de un sistema médico limitado, autónomo y claramente distinto de otras instituciones sociales es una construcción cultural, producto de la sociedad industrial.¹¹ Hoy en día, la biomedicina posee el control de la práctica médica. La mirada médica en la actualidad está sancionada social y oficialmente, para determinar si el padecimiento es o no una enfermedad, o lo contrario: considerar como enfermedades hechos que de otro modo no serían identificados como tales, imponiéndose su mirada sobre otras posibles. Sin embargo, no siempre fue la profesión exitosa, poderosa, prestigiosa, dominante y lucrativa que hoy conocemos, respondiendo el avance de su status a diferentes factores, inseparables de las

¹¹ Es interesante aclarar, como lo hace Lock (1988), que el sostener y demostrar que el conocimiento médico es en sí mismo una construcción social y cultural no implica negar la existencia del sufrimiento y el dolor. Obviamente, señala la autora, existe una realidad biológica, pero es a la hora de explicar, manipular y ordenar esa realidad cuando el proceso de contextualización toma lugar en la dinámica relación que se genera entre la biología con los valores culturales y el orden social. Por otra parte, es válido agregar que al hablar de productos o constructos sociales no se está negando la existencia de los mismos, sino que se está tratando de analizar sus causas y consecuencias desde dicha perspectiva.

variables históricas y culturales en que se desarrollan (Conrad y Schneider, 1985; Gordon, 1988; Lock, 1988; Freidson, 1978).

No solamente la consensuada autoridad frente a los procesos de salud-enfermedad-atención del modelo biomédico responde a una construcción histórica, social y cultural, sino que su hegemonía aparece de la mano de la prevalencia y el fortalecimiento de la profesión médica como tal. El saber y el poder se retroalimentan en un proceso en que la práctica aparece legitimada por su supuesta cientificidad, al mismo tiempo que el status y poder de la profesión refuerzan el lugar de privilegio de la medicina en tanto saber. A partir del saber, el profesional se diferencia de otros conjuntos sociales, operando a nivel teórico para diferenciarse y controlar las representaciones y prácticas de los conjuntos sociales respecto del proceso de salud-enfermedad-atención y a partir de su intervención técnica. La hegemonización de la biomedicina, además de ubicarla como la voz autorizada y experta, la autoridad definitiva en cuanto a la enfermedad, su diagnóstico y tratamiento, genera y refuerza características que estructuraron y homogeneizaron su funcionamiento como profesión: operando como mecanismos sociales e ideológicos, y no sólo técnicos, aseguraron la expansión y legitimación del saber médico (Menéndez y Di Pardo, 1996). La construcción de la medicina como profesión, con el reconocimiento que tiene hoy en día, no se limita a su capacidad técnica, ni tampoco a representar a un saber. A través de la profesionalización y de la persuasión de su superioridad, consiguió un monopolio de práctica apoyado por la ley, apropiándose de esta manera del mercado médico, restringiendo y regulando la competencia, controlando la educación y formación profesional y limitando el licenciamiento, así como organizándose para la creación y el control de mercados. El éxito de su expansión técnica y económica se fundamenta sobre una base política, que incluye la colaboración del Estado en el establecimiento y mantenimiento de la importancia de la profesión (Conrad y Schneider, 1985; Freidson, 1978; Menéndez y Di Pardo, op. cit.). Simultáneo al desarrollo científico y técnico que le dan fundamento, el trabajo médico se desplegó sobre una base sociológica que le permitió crearse como una ocupación tan bien establecida y reconocida en su sociedad que le permitió llegar a ser una profesión que no sólo controla los criterios que califican a quienes pueden ser representantes del saber

médico, sino que también determina qué se considera terreno de la medicina y qué métodos son los apropiados para emplearse en dicho campo, así como -principalmente- recibe la consulta de aquellos que necesitan su asistencia. Para Freidson (1978), entonces, la profesión goza de una autonomía limitada, dado que depende de la aprobación del Estado y de la sociedad civil: a través de un proceso de negociación política y de persuasión, la sociedad es llevada a creer que es conveniente otorgar a una ocupación el status profesional de autonomía reguladora propia.

Ahora bien, sostiene Menéndez (1994) que el hecho de que la biomedicina aparezca como una de las principales áreas de control social e ideológico, tanto a nivel macro como micro, no es exclusivo de esta forma de atender al padecimiento ni de nuestra sociedad occidental contemporánea: en toda sociedad hay padecimientos que tienen significaciones negativas a nivel colectivo y determinados comportamientos que deben ser estigmatizados y/o controlados, existiendo instituciones que se hacen cargo de dichas significaciones y controles colectivos, en términos técnicos y socioideológicos. En todos los contextos las instituciones asistenciales, de cura, de protección o de control, estructuran una racionalidad que no es exclusivamente técnica ni científica, sino también sociocultural. El modo en que dicha racionalidad se estructura es acaso lo particular de cada sociedad, de cada grupo.

De hacer y saber ¿Es la medicina ciencia?

El lugar que ocupa el saber biomédico en la actualidad, el poder de que dispone la profesión médica como tal, se apoya y justifica en su carácter científico. El médico tiende a definir a su actividad como práctica profesional y técnica relacionada directamente con la producción de conocimiento científico, por lo que adopta los -supuestos- valores de rigurosidad y neutralidad de las ciencias duras, no considerando a su quehacer como un trabajo. Sin embargo, la práctica médica forma parte de -y se ve afectada por- aspectos sociales, culturales y políticos: lejos de ser una disciplina independiente que actúa por fuera de la sociedad, no solamente forma parte de la misma, sino que se encuentra

legitimada para cumplir un determinado rol, desempeñando ciertas funciones específicas, además de tener complejas interrelaciones con otras instituciones sociales (Menéndez y Di Pardo, 1996; Mishler, 1981). Aunque supone dedicarse a una realidad biológica inalterable, independiente del accionar humano, con leyes constantes y universales, la medicina se ocupa de un campo que excede lo biológico para constituir una realidad social que es distinta- e inclusive independiente- de la realidad física. Al trabajar sobre y con personas, el quehacer médico excede lo meramente científico para abarcar una serie de variables que no se explican limitándose a las herramientas de las ciencias duras.

Menéndez y Di Pardo (1996) señalan que la profesión médica, a diferencia del trabajo científico, se caracteriza por su tendencia a la acción –atender y curar- favoreciendo la discrepancia entre representaciones y prácticas, dado que dicho pragmatismo opera de acuerdo a condiciones que en ciertos casos posibilitan una notable eficacia, pero en otros produce resultados inciertos, o incluso limitaciones o incapacidad para resolver el problema. Freidson (1978), en este sentido, indica que la medicina, como profesión de consulta, está dirigida a la resolución de un problema práctico; procede atendiendo las demandas de los pacientes, reformulando y recreando así los problemas planteados por los mismos en términos médicos, y actuando en consecuencia. Al enfocarse en la resolución de problemas concretos más que teóricos, el médico se ve obligado a actuar a pesar de poseer o no fundamento científico: su actividad se orienta al hacer; su objetivo no es el conocimiento, sino la acción. Claro que se prefiere que la acción sea exitosa, pero una acción con pocas probabilidades de éxito es elegida antes que no realizar ninguna. Esto es para el autor justamente lo que diferencia al médico clínico del científico: al tratar con casos individuales, no puede atenerse solamente a probabilidades o a principios generales, no puede ser escéptico frente al resultado de su propio trabajo; en cambio, debe confiar en sus propios sentidos, asumiendo responsabilidad sobre la acción práctica y descansando sobre su experiencia clínica, concreta. Al respecto, Camargo Jr. (2005) señala que la práctica médica recorre con sorprendente flexibilidad su arsenal teórico, muchas veces procediendo sin ninguna teoría, sin que esto represente un menor rigor o una merma en la calidad, eficacia y reconocimiento del ejercicio profesional. Esta necesidad de intervención y

pragmatismo, sumados a la demanda del paciente, condicionan un tipo de trabajo caracterizado por la inmediatez y rapidez. Esto se debe, sostienen Menéndez y Di Pardo (op cit.), a la necesidad tanto del paciente como del médico por encontrar una solución más o menos inmediata al problema detectado, urgencia que ha sido reforzada, entre otras cosas, por el proceso de burocratización e institucionalización corporativa de las actividades médicas.

Gordon (1988b) indica que el saber médico, la experiencia clínica, que no son lo mismo que la ciencia médica, también son saberes legitimados, y la práctica profesional se desarrolla principalmente en relación con este tipo de conocimiento. La autora ubica dos tipos de conocimiento médico, y por ende dos tipos de legitimación del trabajo profesional: la 'ciencia médica' (o simplemente 'ciencia'), y el 'juicio ó experiencia clínica'. Generalmente, la relación entre ambos tiene que ver con que los principios de la 'ciencia básica' son los que se aprenden de manera abstracta y con características universales, para después ser aplicados en el cuidado de pacientes individuales, por lo que la ciencia es mayormente utilizada para la búsqueda del diagnóstico y su etiología, mientras que las decisiones en relación al manejo de los pacientes se apoyan más en el 'arte' médico que otorga la práctica. Ambos, 'arte' y 'ciencia', tienen lugar en la biomedicina. La ciencia, como elemento legitimador de la autoridad de la profesión médica, simboliza la verdad objetiva y universal. El juicio clínico, por su parte, ha sido en los últimos tiempos altamente valorado como el verdadero arte médico que se evidencia en los casos particulares -que son en los que en última instancia el saber médico es aplicado- y es considerado como el saber personal del médico, que se transmite de manera artesanal, a partir de casos puntuales. Este último tipo de conocimiento generalmente es implícito, inefable y tácito y no puede ser reducido a reglas. Tan es así, según la autora, que en la práctica clínica -y en los espacios de formación prácticos- los médicos consagrados suelen invalidar a los libros de textos, teniendo una actitud escéptica para con los descubrimientos científicos, basándose en la autoridad que les otorga su propia experiencia. Es así que, indica Freidson (1978), el saber clínico suele estar menos abierto al escrutinio público y la vigilancia externa, y sostiene una jerarquía basada en la experiencia

que, aún oponiéndose a los fundamentos científicos, puede ser usada para legitimar o fundamentar la elección del uso de determinado tipo de tratamiento o procedimiento.

A partir de esta supuesta independencia dada por un saber que, si bien es transmisible, no es cuantificable o en todo caso no es factible de reducir a una explicación concreta y generalizable, Freidson (op. cit.) señala que lo que caracteriza a la profesión es su control sobre su propio trabajo, entendiendo que –aún estando subordinado administrativa o socialmente, dependiendo de la organización en que trabaje- sigue siendo un profesional dado que no está subordinado técnicamente. El autor sostiene que el status formal que garantiza la licencia para controlar su mandato le es concedido por la sociedad. Este reconocimiento no tiene que ver necesariamente con una pericia distintiva o superior, tampoco con contar con un aprendizaje teórico o manifestar un comportamiento ético. Lo que el status refleja, en cambio, es la creencia de la sociedad en que la ocupación tiene tales atributos.

Además, aclara Freidson en relación con lo dicho hasta ahora, el trabajo médico no por no ser estrictamente científico deja de ser racional: la actividad del médico en gran parte se caracteriza por el proceso de diagnóstico diferencial. Esto es, se prueban una sucesión de diagnósticos bajo la forma de hipótesis contra los signos y síntomas presentes. Así, la racionalidad clínica, a diferencia de la racionalidad científica, no se busca para descubrir principios generales, sino que es una herramienta para ordenar las interconexiones de los hechos hipotetizados y los percibidos. Es particularizada y técnica, y se caracteriza por ser un método para clasificar la enorme cantidad de detalles concretos al confrontarlos con los casos particulares. La práctica médica, de este modo, genera ‘principios’, pero son generalizaciones de la experiencia clínica, que es casi lo mismo que decir de la experiencia personal y por eso mismo tendenciosa (op. cit.). Dado que el cuerpo conceptual de la práctica médica es mayormente implícito, la articulación de los saberes entre sí y con la práctica se dan de manera fluida, no coincidiendo necesariamente unos con otros, por lo que la practica médica puede ser vista, de esta manera, como “un interminable ejercicio de creación de ideologías

científicas" (Camargo Jr., 2005: 184).

Señala Gordon (1988b), en este sentido, que han estado surgiendo tendencias que se proponen "cientifizar" al saber clínico, creando una "ciencia básica sobre el cuidado del paciente", en relación con la intención de visibilizar y controlar la práctica médica, a partir de la aparición de nuevos actores –como abogados, administradores, el público usuario mismo– que aparecen como agentes de control, dando de algún modo por finalizada esa etapa del médico como totalmente autónomo e independiente, cuestionando también su autoridad. Este movimiento requeriría, en el caso de ser llevado a discusión, una modificación en cuanto a qué se considera como científico, considerando que los experimentos de laboratorio no pueden ser el único modelo de referencia, dado que muchos de sus resultados no se corresponden con las necesidades de la práctica, de la misma manera que gran parte de los procedimientos clínicos no pueden ser probados en laboratorio. No obstante, al ocuparse el médico de problemas individuales más que de conjuntos o unidades estadísticas, aun teniendo un conocimiento teórico general, el simple hecho de la variabilidad individual plantea un permanente problema para la evaluación, que enfatiza y refuerza la necesidad de una exploración de primera mano para cada caso, y la dificultad de ordenar la información obtenida sobre las bases formales científicas abstractas (Freidson, *op. cit.*). Si bien las formulaciones teóricas resultan fundamentales para la legitimación desde el punto de vista jurídico, político, social y cultural, al no haber una relación de determinación entre práctica y teoría, el lugar que ocupa esta última en el ejercicio profesional es contingente (Camargo Jr., *op. cit.*). Esto es evidente en la falta de coincidencia entre las distintas formulaciones disciplinares, que resultan en divergentes formulaciones explicativas, irreductibles entre sí, para un mismo evento. Al tratarse de un trabajo aplicado, que tiene que ver con la intervención más allá de cuáles sean los conocimientos de que se disponen, se construye sobre la experiencia, que es personal. Esto, para Freidson (*op. cit.*), deriva en que el trabajo médico diario se relaciona con un tipo de responsabilidad particular, individual y limitada. Es decir, cada profesional es responsable de su accionar, acentuando así la importancia de la experiencia clínica de primera mano frente a las leyes científicas, generales: el médico tiende a confiar más en su propia experiencia que en principios abstractos, más que nada

cuando se trata de aspectos de su trabajo que no pueden ser manejados rutinariamente. La experiencia médica, indica Gordon, se apoya más en la intuición que en el análisis o en el cálculo, en una comprensión implícita de toda la situación más que en las partes que la conforman, más en el hacer que en el calcular, utilizando un patrón de reconocimiento en la mayoría de los casos que no necesariamente es inferido de principios o reglas; se trata de un conocimiento incorporado, corporizado, más que de un razonamiento mental abstracto, proceso en que el médico se ve implicado más que separado racionalmente (1988b). El ejerciente, entonces, es un pragmático: se apoya más en la práctica que en la teoría y, si por medios tradicionales no cree estar obteniendo resultados, tiende a improvisar, minimizando el valor del conocimiento científico y los métodos por los que el mismo se establece y maximizando el valor de la opinión individual, basada en la experiencia personal con casos individuales (Freidson, op. cit.). Esta valoración de la experiencia, del trabajo artesanal y personal, no solamente se vislumbra en la práctica sino que se transmite en el hacer diario y en la formación médica, principalmente en la formación de postgrado, instancia que se caracteriza por su carácter práctico. Esta característica del quehacer clínico deriva en un individualismo en el proceder que minimiza la posibilidad de crear modelos formales de razonamiento para la práctica clínica: a pesar de que muchas veces el quehacer médico es visto como técnico, la toma de decisiones, sin embargo, inevitablemente envuelve juicios de valor, por lo que cuantificar estos juicios no eliminaría la dimensión moral de la práctica médica, aún cuando justamente éste sea el motivo de la búsqueda de una sistematización del quehacer (Gordon, op. cit.).

A partir de las consideraciones precedentes, cabría preguntarse hasta qué punto es la práctica de la medicina una actividad autónoma. ¿Son acaso estos juicios de valor en sí mismos individuales? ¿Es esta racionalidad médica, este saber característico de la profesión, una construcción personal, un conocimiento aislado de la entidad a la que representa y de la que forma parte? El ejercicio de la profesión, sin dudas, responde a demandas institucionales. El médico actúa como parte de una institución; su accionar está regulado, protocolizado. Tanto a nivel de organización del trabajo cuanto de la intervención profesional, el desarrollo de las tendencias técnicas tiende a homogeneizar las formas

del trabajo y las características del saber, dentro de un sistema que- sin embargo- no limita los procesos ideológico culturales. Es cierto que hay distintas interpretaciones y maneras de atender cada problema determinado. No obstante, estas diferencias operan dentro de un mismo sistema médico. Cada sujeto, dentro de estas formas homogeneizantes, expresa su particularidad; no obstante, la misma es incluida dentro de la estructura de prácticas y representaciones que instituye y constituye un determinado saber que orienta la actividad médica. Si bien éstas varían obedeciendo a distintos factores (las diferentes instituciones, la división técnica del trabajo, la coyuntura institucional), es fundamental comprender que el saber médico debe ser entendido y analizado en términos de estructuraciones que operan a nivel del grupo o la institución. Tanto a nivel estatal como privado, el trabajo médico individual está disciplinado institucionalmente, por lo que el hacer individual, rutinizado, está regulado por una serie de pautas administrativas, de rituales institucionales y de ideologías técnicas que estructuran su modo de operar, tanto durante el proceso de formación cuanto en el desempeño profesional en sí mismo (Menéndez y Di Pardo, 1996). A través del aprendizaje, tanto formal como informal, que obtiene en instituciones médicas, el médico se apropia de representaciones y prácticas técnicas que utilizará en su vida profesional, lo que hace que se acentúen las condiciones de conocimiento técnico, por lo que dicho saber se carga de una 'objetividad' diferencial. Todo médico, de esta manera, se apropia de un saber ya establecido al que modificará en parte, pero siempre dentro de los límites institucionalizados (op. Cit.). Formar parte de un colectivo de pensamiento implica necesariamente, como característica impuesta y no voluntaria, compartir un modo determinado de pensar y de proceder, necesario para este proceso de inclusión (Fleck citado en: Gilbert, 2005). Las representaciones, que se realizan y se modifican en la práctica, se constituyen como un sistema de expectativas para la intervención clínica, estableciendo la guía para la acción, que se resuelve en la actuación. Las representaciones técnicas, previas a cada sujeto y a cada grupo de profesionales, incluso cuando los mismos puedan generar modificaciones, refieren al esquema dominante de la institución y de la profesión de la que forman parte. De esta manera, la necesidad del médico de adquirir habilidades técnicas para poder intervenir, favorece a la homogeneización. En el caso de los médicos, esta

estructuración colectiva encuentra su fundamentación ideológica, como mencionamos anteriormente, en la supuesta objetividad científica (Menéndez y Di pardo, op. cit.).

Por otra parte, estos autores señalan que el saber médico necesita producir representaciones y prácticas técnico-ideológicas a partir del rol técnico que el galeno debe representar. Los médicos, en tanto profesionales, necesitan –para afirmar su identidad como tales- representar el rol de médicos frente a los pacientes (y frente a los otros médicos, enfermeros, entre otras personas con las que interactúan), dentro del contexto institucional en que trabajan. Nuevamente, el ejercicio de la profesión se desarrolla de manera homogénea; la institución se plasma en el hacer. Gran parte de las actividades realizadas tiene que ver con la representación de rol mediante la cual expresan a los demás –y a sí mismos- que son profesionales. Esto implica que saben diagnosticar, que saben atender el padecimiento, que saben curar; es decir, que saben ser médicos (op. cit.).

El saber médico, entonces, excede los conocimientos teóricos y prácticos que se adquieren durante las distintas instancias de formación, tratándose además de un nivel de abstracción mayor que el de la representación y práctica técnica a los que, en cierta forma, sintetiza. El saber profesional se constituye a partir de la articulación del conocimiento científico- técnico obtenido durante el proceso formativo universitario, el conocimiento y las técnicas obtenidas a través del trabajo profesional, las costumbres ocupacionales incorporadas en las instituciones médicas, junto con la apropiación y resignificación técnica de las representaciones y prácticas sociales medicalizadas. De esta manera, el profesional produce-reproduce un sistema de representaciones que se actualizan en la intervención práctica, la cual no supone una relación de similitud con la representación.

El trabajo médico asistencial, de este modo, no constituye una actividad científica en sí misma, siendo en cambio una actividad técnica saturada de procesos sociales, económicos e institucionales, que incluye tanto aspectos científicos como aspectos socioculturales, sintetizados por el profesional en términos de una racionalidad técnico-ideológica, que convierte en ‘técnicos’ los aspectos socioculturales de su intervención. Esta racionalidad

técnica se construye a partir del papel articulador que ocupa la profesión entre la producción científica, farmacológica y el saber de los conjuntos sociales sobre sus propios padecimientos; la situación contradictoria que surge al estar presente lo social en estas representaciones y prácticas técnicas y la necesidad de excluirlas; los procesos que se establecen entre médicos y pacientes; y las funciones técnicas e ideológicas que cumplen las instituciones médicas (Menéndez y Di Pardo, op. cit.).

Ahora bien, el carácter institucional de la práctica médica no se limita a organizaciones burocráticas o formales establecidas. Resulta interesante, en este sentido, tener en cuenta la importancia que otorga Freidson a la organización informal que caracteriza y sostiene a la profesión médica como tal. Es decir, más allá de las estructuras formales de organización que pueden tener que ver con el hospital, las asociaciones médicas o las agrupaciones para las que los profesionales trabajen en cada caso, el autor señala que el trabajo médico, dadas las características que mencionamos anteriormente, se sostiene sobre redes, circuitos de tipo informal que vinculan a los médicos entre sí, asegurándoles la llegada de pacientes en el circuito privado, o estableciendo contactos para acceder a puestos en distintas instituciones. Si bien la distribución y el tamiz de relaciones entre colegas que crean estas organizaciones son deliberados y conscientes, su resultado no es reconocido en tanto organización por sus participantes, y por eso mismo carece de soporte oficial. Es así que el sistema médico se organiza en grupos autosostenidos y autosegregados, lo que contradice las ficciones oficiales que indican que cualquier persona licenciada se encuentra en condiciones de trabajar (1978). De hecho, ser médico implica mucho más que obtener un título universitario para la carrera de medicina, o trabajar obteniendo una remuneración en tanto tal. Formar parte de las redes sociales tanto formales como informales que se desarrollan y representan a distinto tipo de instituciones es lo que, en definitiva, garantiza el formar parte de -y representar al- sistema médico.

La práctica de la medicina, entonces, representa y contribuye a legitimar a un saber. Sin embargo, para que esto suceda, debemos entender al ejercicio de la profesión desde una perspectiva más amplia: al tratarse de una práctica que es realizada por y sobre personas,

excede lo 'científico' para ser –además– una actividad práctica y concreta. Ahora bien, identificar al trabajo médico como técnico y particular no implica entender a la medicina como una tarea meramente individual y autónoma: la institucionalización de sus prácticas sistematiza y formaliza un hacer, regulándolo y modelándolo. Tanto el quehacer como la formación profesional se desarrollan, de este modo, en un contexto institucional que garantiza determinado modo de ejercer la medicina. Como veremos a continuación, 'ser' médico –o comenzar a serlo– excede el hecho de contar con conocimientos teóricos y prácticos. Para comprender el proceso de constitución de los habitus que caracterizan a los médicos en tanto tales, entonces, debemos analizar al mismo en el contexto institucional específico en que su profesión se desarrolla. En las páginas subsiguientes, intentaremos profundizar en esta línea.

Capítulo II. El Hospital de Clínicas y las residencias médicas.

“Todo un mundo nuevo se desplegaba ante él y lo envolvía, obligándolo a aprender y a someterse a una infinidad de leyes desconocidas.”

Alan Pauls, *El pasado*.

El Hospital de Clínicas

El Hospital de Clínicas José de San Martín, dependiente de la Universidad de Buenos Aires, es una institución centenaria y tradicionalmente prestigiosa, cuyo renombre se sostiene a través de generaciones. Al ser una entidad de referencia para la medicina argentina, sus paredes son testigo de su historia.

A fines del Siglo XIX fue inaugurado el “*Viejo Hospital de Clínicas*”, ubicado en la manzana en que, hoy día, se encuentra la Plaza Houssay¹², en un terreno lindero a donde está emplazado el actual inmueble. Desde sus inicios, el hospital tuvo dos ejes sobre los que descansaría su desarrollo, aún hasta la actualidad: la atención médica de la comunidad – desde sus comienzos funcionó como un hospital de consulta y derivación desde todos los puntos del país- y la actividad docente, de formación y perfeccionamiento profesional, que incluiría un fuerte peso hacia la investigación y la producción académica. Situado hoy en día en la manzana contigua a la Facultad de Medicina,¹³ funciona como si fuera parte de la misma. De hecho, los últimos años de la carrera, constituidos por el denominado *Ciclo*

¹² Manzana formada por la Avenida Córdoba y las calles Uriburu, Paraguay y Junín. El nombre de la plaza hace referencia al médico sanitarista B.Houssay.

¹³ El hospital se encuentra ubicado en la manzana formada por la Avenida Córdoba y las calles Paraguay, Uriburu y Azcuénaga. La Facultad de medicina, en la manzana que forman Paraguay, Uriburu, Junín y M.T. de Alvear.

Clínico,¹⁴ se cursan tanto en la casa de estudios cuanto en distintos hospitales, siendo éste uno de los principales. Además, el último año de la *currícula* propone la realización de un *Internado Anual Rotatorio*¹⁵ que se realiza en distintos hospitales de la ciudad, siendo el *Clínicas* una de las opciones.

Tal es la trascendencia que tiene el hospital institucionalmente, que en el año 1996 los doctores PÉrgola y Sanguinetti publicaron el libro "Historia del Hospital de Clínicas", en el que, a modo de homenaje a la institución en que se formaron, relatan su historia, que culmina en un prestigioso presente: *"El Hospital de Clínicas recuerda sus tradiciones, que son excepcionales en la historia de la medicina argentina, pero también presenta en la actualidad la imagen de alta calidad académica, integrada por profesionales de indiscutible jerarquía y prestigio moral"* (op. cit.: 245).

En el libro, que recrea la historia del hospital, podemos interiorizarnos acerca del contexto en que fue inaugurado allá por la década de 1880, y los posteriores proyectos, primero de ampliación y luego de construcción de un nuevo edificio -que recién en ese momento llevará el nombre de "José de San Martín"- . El proceso de planeamiento y posterior construcción del nuevo hospital comienza en los primeros años del Siglo XX, pasando décadas hasta que finalmente el mismo es inaugurado. En un comienzo, los planes de renovación proponen ampliar el viejo edificio, expandiéndose a predios aledaños.

¹⁴ El Ciclo Clínico, según la página web de la Facultad de Medicina de la UBA, "Se dicta en dos años y medio, además de en el edificio principal, en distintos Hospitales Universitarios (tales como el Hospital de Clínicas "José de San Martín") o en Hospitales asociados a la Facultad (...) y su principal objetivo es que el alumno sea capaz de prevenir, diagnosticar y formular esquemas de tratamiento y rehabilitación para las diversas patologías. Para ello aborda el estudio de, por un lado, las cuatro clínicas fundamentales y sus especialidades -Clínica Médica, Pediatría, Tocoginecología y Cirugía- y, por el otro, Salud Mental, Salud Pública, Atención Primaria de la Salud y Medicina Legal."

¹⁵ Según indica la página Web de la Facultad de Medicina de la UBA, el Internado Anual Rotatorio es "la etapa de aplicación práctica de los conocimientos del ciclo biomédico y del ciclo clínico con responsabilidad creciente supervisada, a fin de que el alumno adquiera criterio clínico, junto con la profundización de las habilidades y destrezas que ha ido incorporando en el curso de la carrera. La metodología utilizada en este ciclo se basa en la efectiva incorporación del alumno a los equipos de trabajo del Hospital y extrahospitalarios. El modelo (...) es similar al de la residencia médica pero en otro nivel de capacitación y responsabilidad, requiriendo una supervisión aún más intensa."

Finalmente, se resuelve construir el nuevo inmueble en el terreno definitivo, vecino al anterior, en que hoy en día se encuentra. Habiendo sido asentada la piedra fundamental en 1927 (18 años después del primer proyecto que propone su construcción), el nuevo hospital comienza a construirse en el predio en el que hoy se emplaza¹⁶. Sin embargo, transcurrirán décadas hasta que el flamante hospital funcione plenamente: años en que la ampliación del viejo edificio, distintas modificaciones en el proyecto para el nuevo y su posterior construcción, llevaron a que recién en 1969 la obra estuviera construida en un 75%, comenzando a ser demolido el inmueble original en 1975¹⁷ (la habilitación de la plaza Houssay se demorará unos años más: luego de largos años de conflictos, se produce en 1980) y empezándose a utilizar de manera definitiva el nuevo edificio.¹⁸

El inmueble que funciona en la actualidad es una típica construcción tipo monoblock, especialmente edificada para fines hospitalarios –estilo hoy en día en desuso-, que se despliega en 18 pisos, tres de ellos subsuelos. Mientras que en estos últimos se ubican las salas de mantenimiento, el estacionamiento y la morgue, y en la planta baja y los primeros pisos se hallan la guardia, oficinas administrativas y de atención al público, la dirección del hospital, la farmacia, consultorios externos y numerosos laboratorios, en los pisos superiores se encuentran las distintas salas de internación clínica y quirúrgica, así como una gran cantidad de aulas en las que se desarrolla la actividad docente. (op. cit.)

El libro escrito por Pégola y Sanguinetti, además de historizar acerca de los procesos por los que transitó el hospital, describe a la institución como fundamental para la historia de la medicina en la Argentina, haciendo hincapié en su importancia desde el punto de vista académico e institucional. De este modo, los autores mencionan que desde sus comienzos

¹⁶ Los proyectos incluían también la reconstrucción de la facultad de Medicina de la UBA, cuya construcción comienza a fines de la década de 1930.

¹⁷ Cabe destacar que el proceso de demolición no fue sencillo ni dinámico. “Dos años después” –mencionan los autores– “la situación era deplorable.” (op. cit)

¹⁸ Cabe mencionar que este proceso de planeamiento y construcción del nuevo Hospital de Clínicas se plasma también en las leyes nacionales Nro. 6026 (sancionada en 1908 y derogada en 1915), retomada por un anteproyecto de ley en 1922 y finalmente sucedida por la Nro. 11.333 (sancionada en 1926).

una elite intelectual se desarrolla al interior de la institución, que sobresale por la preeminencia de los profesores que de ella forman parte, así como de los estudiantes -los más sobresalientes- que se incorporan al plantel. En este sentido, el libro dedica un capítulo a la presentación de *“Las Personalidades Médicas del Hospital”*, reservando otro para *“Los Aportes del Hospital de Clínicas a la Medicina”*. Este último incluye tanto descubrimientos a nivel ‘científico’ como el hecho de que la primera experiencia en residencias médicas hospitalarias del país se realizó en el hospital (op. Cit.)

El Hospital de Clínicas y las primeras residencias médicas hospitalarias

El sistema de residencias médicas hospitalarias, considerado como una oportunidad de inserción laboral al mismo tiempo que de especialización para los recientes médicos, está formado por programas de capacitación en servicio de dedicación exclusiva. La ordenanza número 40.997 del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires indica, en 1985, que *“las Residencias del Equipo de Salud constituyen un sistema remunerado de capacitación de postgrado a tiempo completo, con actividad asistencial programada y supervisada, tendiente a incorporar a todos los profesionales del área de la salud con el objetivo de formar en el ámbito intra y extra-hospitalario, un recurso humano capacitado en beneficio de la comunidad.”* Cumplir con un programa de residencia médica, reconocido por el Ministerio de Salud de la Nación, en tanto sistema educativo de postgrado, es considerado como requisito suficiente para tramitar y obtener el certificado de especialista en el área correspondiente a la residencia realizada (Yavich, 2004).

Este sistema de formación en servicio surge en el país en las décadas de 1940 y 1950¹⁹, impulsado por importantes personalidades del ambiente médico y sanitario. Yavich analiza los inicios del sistema de residencias de salud en la Argentina, señalando que las razones que motivaron a su implementación tienen que ver, por un lado, con que los programas de las carreras de medicina de grado estaban enfocados principalmente en la formación teórica, y carecían de una instancia práctica. No habiendo ningún sistema de capacitación profesional de grado o postgrado que integrara la teoría con la práctica, comienza a surgir, en esos años, la necesidad de preparar a los médicos desde esa perspectiva. Por otra parte, hasta ese momento, funcionaba el sistema de *practicantado*, que podría considerarse como antecesor del sistema de residencias, a pesar de las diferencias existentes entre ambos. Consistía en un entrenamiento práctico, que se desarrollaba directamente en los servicios de guardias de los hospitales, sin estar integrado a ninguna instancia de formación académica ni ser reconocido formalmente por ninguna institución ni organismo, y se realizaba, en su mayoría, por aún estudiantes. Este sistema comenzó a ser puesto en cuestión, en primer lugar, desde posiciones que no estaban de acuerdo con el hecho de que los enfermos fueran atendidos por no profesionales; y, además, por su carácter caótico y librado al azar, no formalmente organizado²⁰ (2004).

¹⁹ Ya en el Siglo XVIII, Jacques de Heusy, que fue intendente municipal de Liege, Bélgica, en 1760, aconsejaba que los médicos y cirujanos tuvieran una estadía práctica en los hospitales. El sistema de residencias como tal fue ideado en Viena a mediados del siglo XIX, como un programa de entrenamiento práctico reconocido y respaldado por la universidad. La selección de alumnos era rigurosa, y el programa incluía la rotación en los servicios hospitalarios de medicina interna y cirugía. Basándose en esa experiencia, en el año 1889 comenzó a funcionar en la escuela de medicina John Hopkins de Estados Unidos este sistema de formación, con un detallado programa de postgrado. Se realizaba dentro del hospital a tiempo exclusivo y contaba con respaldo universitario. La residencia hospitalaria se constituyó a través de los años en la principal forma de entrenamiento y preparación de médicos jóvenes recién graduados.

²⁰ Aclara Yavich que el sistema de *practicantado* en el hospital de clínicas se desarrollaba de manera diferente al resto de los hospitales. Si en el resto de las instituciones, al desarrollarse el sistema en la guardia, los practicantes aprendían sobre la urgencia principalmente procedimientos quirúrgicos (Yavich, 2004), Pèrgola y Sanguinetti relatan que los practicantes en el Hospital de Clínicas, seleccionados entre los alumnos más destacados de la facultad de medicina, trabajaban en la guardia pero además, tenían a su cargo las salas de internación a partir del mediodía, cuando los médicos – luego llamados médicos de planta- se retiraban de la institución (1996).

Es así que los objetivos que conllevaban a la instauración de este sistema de residencias tienen que ver con complementar, desde la práctica, la formación del novel médico y, al mismo tiempo, con la intención de mejorar el servicio hospitalario, al garantizar la asistencia profesional durante las 24 horas del día (op. cit.).

La primera experiencia del sistema de residencias que se puso en práctica en la Argentina se realizó en el Hospital de Clínicas, en el *Instituto de Semiología*²¹, sede de la *Segunda Cátedra de Semiología*²², a cargo del profesor Tiburcio Padilla. Duraba dos años -uno de residente menor y uno de residente mayor- y había una vacante para cada uno de los puestos. Los residentes vivían en el hospital, y si bien teóricamente debían cumplir un horario de 8 horas, eran consultados día y noche, ya que eran los únicos médicos clínicos que permanecían en la institución la mayor parte del tiempo. Su función era recibir a los pacientes, confeccionar su historia clínica de ingreso, tratarlos y continuar con su tratamiento y observación junto al médico de planta (Pérgola y Sanguinetti, 1998).

En los años subsiguientes comenzaron a implementarse programas de residencia en otras instituciones, principalmente en las áreas de Clínica Médica, Cirugía y Pediatría²³. Finalizando la década del '50 y, sobretudo, a comienzos de la década del '60, el sistema de residencias se fortalece y se expande a otras especialidades, creciendo asimismo la cantidad de programas y extendiéndose a otros puntos del país²⁴ (Yavich, 2004). A mediados de la década del '60 la categoría de *practicantes* es suprimida en el Hospital de Clínicas, siendo

²¹ Cabe mencionar que la semiología para la medicina refiere al estudio de los signos y síntomas como manifestación de salud o de enfermedad, tratándose de una interpretación del término totalmente diferente a la que ubicamos desde las ciencias sociales.

²² Nótese que, como mencionamos anteriormente, al ser el Clínicas un hospital escuela, sus servicios, ya desde sus comienzos, se organizan por cátedras, que funcionan en tanto tales para las materias que dictan formando parte de la currícula de la Facultad de Medicina.

²³ Señala Yavich que luego de la primera experiencia a cargo del Dr. Padilla se abrió la residencia de cirugía a cargo de los doctores Finocchietto y Moreno en el Policlínico Evita en 1952. En 1953 inaugura otra residencia en Clínica Médica en el Hospital de Clínicas el Dr. Taquini. A lo largo de la década de 1950 se abren distintas residencias –en Clínica, Cirugía o Pediatría, a cargo de los doctores Lanari, Braun Menéndez, Houssay, Brea, Gianantonio y Maggio, entre otros. (2004)

²⁴ Hasta el año 1976, en que se expande a otras disciplinas relacionadas con la salud, todas las residencias se desarrollan en distintas especialidades médicas (Yavich, 2004).

reemplazada totalmente por la de *residentes*. Uno por cada departamento (cirugía, medicina interna, pediatría y tocoginecología) pasaron a conformar la nueva sala de guardia del hospital. La *residencia* funcionó en el *Instituto de Semiología* hasta pasar a formar parte del nuevo Hospital de Clínicas, donde se comenzó a realizar en las distintas cátedras. En los años subsiguientes, este modelo se afianzó y fue implementado en los principales hospitales públicos y privados del país (Pérgola y Sanguinetti, 1998), adquiriendo, con los años, la importancia que hoy en día tiene, tanto para la formación médica de postgrado cuanto para el funcionamiento de los servicios hospitalarios.

El ingreso a la residencia, o comenzar a formar parte

Las residencias médicas hospitalarias están instaladas en la actualidad -según las palabras de Luciano²⁵, uno de los residentes- como “*la continuación casi obligada para completar la formación obtenida en la carrera de medicina*”²⁶. Habiendo terminado su carrera de grado, la residencia aparece para los jóvenes médicos como una instancia de formación “*indispensable*” para completar su carrera universitaria, preparándolos para el ejercicio de su profesión. Asimismo, representa su primera experiencia laboral²⁷. Sin embargo, no existe una obligación

²⁵ A efectos de preservar el anonimato de mis interlocutores todos los nombres propios son ficticios.

²⁶ Como mencionó el Director de Docencia e Investigación del Hospital de Clínicas: “no todos acceden a hacer una residencia, no es fácil acceder. Y si bien para la formación es indispensable (...) los que no hacen residencia son cooptados por el mercado. Se suben a una ambulancia y no saben qué hacer, hacen lo que se les ocurre. (...) La residencia es fundamental porque implica práctica, es el aprendizaje básico. Es formación en servicio. No es lo mismo estar mirando que tener que hacer cosas, responsabilidades, tener pacientes a tu cargo.” Si bien la residencia médica hospitalaria es la opción más comúnmente elegida para insertarse laboralmente, debemos aclarar que no existe una obligación formal para hacerlo: la habilitación para el ejercicio de la profesión es otorgado por el título de grado. Asimismo, la población egresada de las carreras de medicina excede en número a las vacantes disponibles para la realización de residencias hospitalarias. Máxime si tenemos en cuenta la desigual distribución de profesionales médicos en la Argentina, que se concentran principalmente en la Ciudad de Buenos Aires y en otras grandes ciudades.

²⁷ Indispensable desde la perspectiva de los propios residentes: Marcelo empezó a trabajar en un consultorio apenas se recibió, mientras se preparaba para ingresar a la residencia. Hoy dice darse

formal que exija cumplir con un programa de residencia para poder ejercer. De hecho, muchos de los aspirantes no ingresan a las mismas, y practican de todas maneras su profesión. Ahora bien, si mis interlocutores manifiestan que la realización de una residencia médica hospitalaria es “*fundamental para la formación y el ejercicio profesional*”, lo cierto es que no es fácil acceder a un cargo de residente. Dada la gran demanda existente en relación con el número de vacantes disponibles -según las estadísticas de los últimos años, del total de la población postulante sólo ingresa un 20% (para un total de 700 vacantes para las especialidades básicas, los aspirantes rondan los 3500²⁸)- el ingreso se constituye como un primer y decisivo momento en las trayectorias profesionales de los recientes médicos. En este sentido, es importante destacar que, además de la importancia que tiene este proceso en cuanto a la formación profesional, los residentes, en tanto trabajadores, están en blanco durante la duración de la misma, percibiendo aportes jubilatorios y teniendo obra social (aunque muchos de ellos no la utilizan).

En este sentido, los egresados de la carrera de medicina construyen un complejo mapa cognitivo mediante el cual organizan y analizan las estrategias para poder ingresar. Esto involucra a la elección de la especialidad, así como de la institución en la que realizarán la residencia: el concurso es diferente para aplicar a los hospitales públicos de la ciudad de Buenos Aires que para los privados (cuyo ingreso es particular para cada institución²⁹), siendo distinto también para los hospitales del conurbano bonaerense; las residencias

cuenta de que “no tenía idea de lo que estaba haciendo”. Joaquín no entiende cómo se animó a hacer eso: él dio el examen y no entró, pero prefirió no ejercer. Esperó hasta el año siguiente y se presentó de nuevo.

²⁸ El número de vacantes para las distintas concurrencias/residencias y sedes varía cada año, y “depende de la orientación dada por la política de formación de Recursos Humanos de la Ministerio de Salud del GCBA. En tal sentido el Ministro de Salud firma para cada concurso anual una resolución por la cual se determina la cantidad y distribución de vacantes”. (Página Web Gobierno de la Ciudad), Ver cuadro adjunto en relación con las vacantes disponibles en el Hospital de Clínicas.

²⁹ En general, se trata de un examen y una entrevista personal, que se realizan de manera independiente para cada nosocomio. El aspirante debe abonar una suma de dinero que representa el derecho a postularse, que varía de un hospital a otro.

universitarias, por su parte, cuentan con un modo de ingreso diferente³⁰. Al mismo tiempo, la oferta de vacantes para las diferentes especialidades no es la misma en todos los hospitales, existiendo algunas que solicitan un número mucho mayor de residentes que otras, y habiendo hospitales en que ciertas especialidades directamente no se ofertan. Dentro de las estrategias que los jóvenes se plantean para poder realizar la residencia, la elección del hospital y la especialidad se construyen asociando preferencias y posibilidades.

En el Hospital de Clínicas, el concurso para ingresar se desarrolla siguiendo dos cursos muy distintos dependiendo de la especialidad³¹, según se trate residencias ofrecidas para los recientes médicos o bien de especialidades para las que se requiere alguna experiencia en una residencia previa. En este sentido, las residencias se organizan por niveles: las de nivel I corresponden a especialidades para las que sólo se requiere el título de médico³²; las de nivel II requieren, además, un año de residencia en Clínica Médica para especialidades del Departamento de Medicina o de Cirugía para especialidades quirúrgicas; las de nivel III dos años de Clínica Médica y las de nivel IV la residencia completa en la especialidad de primer nivel³³.

Los aspirantes a ingresar a cualquiera de las residencias deben ser argentinos nativos o naturalizados, egresados de una universidad nacional (pública o privada), tener un promedio general de la carrera igual o superior a seis, no más de cinco años de antigüedad profesional al momento de formalizar la inscripción para las residencias de nivel I, y ocho años para las residencias del resto de los niveles (a las cuales se denomina “*de nivel*”).

El concurso para las residencias de nivel I establece la conformación de un orden de mérito que surge de una entrevista personal, el promedio general de la carrera, antecedentes

³⁰ Los hospitales universitarios (dependientes de la Universidad de Buenos Aires) son el Hospital de Clínicas “José de San Martín”, el Instituto de Investigaciones Médicas “Alfredo Lanari”, el instituto de oncología “Ángel Roffo”, el instituto de Tisioneumonología “Raúl F. Vaccarezza” y el Instituto de Investigaciones Cardiológicas Prof. Dr. Alberto C. Taquini (ININCA).

³¹ Este concurso incluye a los hospitales universitarios en que se desarrollan residencias hospitalarias.

³² Ó Bioquímico, Farmacéutico, Kinesiólogo o Licenciado en Enfermería, Nutrición, o Fonoaudiología, si se trata de una residencia para estas carreras.

³³ Ver cuadros adjuntos en página número 126.

docentes y del internado rotatorio, y un examen de idoneidad que consta de una prueba de selección múltiple (cuyas preguntas versan sobre contenidos de materias de la carrera de grado). Tanto la inscripción de los aspirantes al concurso cuanto dicho examen de idoneidad se realizan de manera conjunta con el sistema de residencias médicas del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires. Es por esto que la confección y diseño del examen están a cargo de la Dirección de Docencia e Investigación del hospital (y representantes de los servicios que la integran) junto con el área de residencias médicas del Gobierno de la Ciudad³⁴. La entrevista personal, instancia que solamente se lleva a cabo con los aspirantes a ingresar al Hospital de Clínicas, se realiza directamente en el nosocomio. La adjudicación de cargos se efectúa también de forma separada.

En el Hospital de Clínicas, si por algún motivo un cargo quedara vacante -en cualquier momento del ciclo, luego de la adjudicación de cargos-, se llama a concurso directamente para cubrir ese lugar. Los candidatos deben inscribirse en la Dirección de Docencia e Investigación del hospital. La selección se realiza, en este caso, en base a los antecedentes, entrevista personal y examen de idoneidad, pero no debiendo dar nuevamente el examen de selección múltiple común con el Gobierno de la Ciudad. En el caso de vacantes producidas después de tres meses de iniciado el ciclo lectivo, además de sus antecedentes, el postulante debe presentar la certificación de estar cumpliendo un programa de residencia oficialmente reconocido en otro establecimiento. Para las vacantes de segundo año en adelante, el interesado debe demostrar haber realizado al menos 9 meses de residencia en otro hospital.

Para ingresar a una residencia de nivel II, III o IV, el concurso se realiza directamente en el Hospital de Clínicas, y se desarrolla de manera independiente de los hospitales que dependen del Gobierno de la Ciudad. La selección se realiza mediante un ordenamiento de los aspirantes que surge del promedio general de la carrera, un examen oral teórico-práctico con un paciente, la evaluación de antecedentes y la entrevista personal.

³⁴ Podemos considerar a esta participación de la UBA en la confección del examen como un ejemplo del lugar de importancia que tiene la institución, y los hospitales que de ella dependen, en el marco del sistema de residencias de la Ciudad.

A diferencia del sistema de residencias que se desarrolla en el Hospital de Clínicas, para los hospitales que dependen del Gobierno de la Ciudad, el sistema está organizado en “residencias básicas” o “que no requieren básica previa” (que corresponden a las de nivel I del hospital de Clínicas), residencias con orientación y posbásicas (que serían las *de nivel* para el Clínicas)³⁵. Para ingresar a todas ellas (menos para las posbásicas, para las que el examen es diferente según la especialidad) los aspirantes deben rendir el examen de selección múltiple que se realiza en conjunto con los postulantes para las residencias de nivel I del hospital de Clínicas.

Los aspirantes, en el caso de las residencias en los hospitales públicos de la Ciudad de Buenos Aires, deben elegir, en el momento de inscribirse formalmente, en qué especialidad querrán desarrollar su residencia. Es decir, a pesar de tener que presentarse a un examen común a todas las especialidades, cada postulante se inscribe para una de ellas, que selecciona previamente a rendir la prueba. A partir de los resultados que surgen de este examen de idoneidad se establece un orden de mérito por especialidad. Es durante la adjudicación pública de cargos, que se realiza de manera independiente para cada especialidad, que los aspirantes que acceden a vacantes seleccionan cuál será el hospital en que realizarán su residencia, en función de la oferta de cargos y en un orden establecido por el orden de mérito surgido del puntaje obtenido en el examen combinado con el promedio de la carrera.

Quienes elijan realizar residencias de primer nivel en el Hospital de Clínicas, además de inscribirse en el lugar indicado por el Gobierno de la Ciudad, presentando allí la documentación necesaria, deben hacerlo también en la institución dependiente de la UBA, donde presentarán los certificados del promedio de la carrera, de antecedentes docentes y del *Internado Anual Rotatorio* (documentos que no son necesarios para postularse a cargos del Gobierno de la Ciudad). Es así que, en el caso de los aspirantes a residencias en el Hospital

³⁵ Nos limitamos a mapear a las residencias médicas, habiendo también residencias para otras profesiones, para las que se concursa rindiendo un examen distinto según la profesión. Ver cuadros adjuntos en página número 127.

de Clínicas no sólo se elige la especialidad previamente a rendir el examen, sino que además se selecciona el hospital (de todas maneras, esta elección no impide que los aspirantes también queden en el orden de mérito que se establece para cada especialidad, por lo que siguen teniendo la posibilidad de ingresar a otro hospital a pesar de haber elegido hacerlo en éste).

En un contexto en el que, como vemos hasta el momento, el solo hecho de acceder a un cargo de residente es un privilegio³⁶, elegir no únicamente la especialidad –lo que es obligatorio- de manera previa a rendir el examen, sino también seleccionar el hospital en que se prefiere hacerla –y decidir postularse para un cargo en un hospital en que los requisitos de ingreso son más complejos que la sola resolución de la prueba de selección múltiple (y el promedio obtenido durante la carrera)-, da cuenta de que los candidatos a realizar una residencia en el Hospital de Clínicas ya desde el momento de inscribirse están aspirando a constituirse como médicos con características distintivas. Una cita del libro de Pèrgola y Sanguinetti, que fue introducido en el apartado anterior, hecha luz a este respecto:

“...el severo sistema de selección para ingresar al Hospital, fundado en las capacidades intelectuales de los aspirantes (...) [es] lo que permitió en el pasado la incorporación de los mejores candidatos en el practicantado y lo que se mantiene en la historia reciente con la dura selección de residentes y de profesionales de planta honorarios o rentados. Las grandes figuras del pasado y las distinguidas personalidades del presente fueron y son el fruto de un sistema selectivo que ha logrado la excelencia del Hospital y su prestigio sostenido a través de los años.” (op. cit.: 245)

³⁶ Sin desconocer que el acceso al sistema de residencias resulta de la presentación a un examen, en que se evalúa la idoneidad de los aspirantes (que resulta de su esfuerzo de estudio), caracterizamos a la posibilidad de ingresar a un cargo como un privilegio principalmente por la gran cantidad de postulantes y el bajo número de vacantes en relación. En este contexto, sin embargo, no podemos dejar de tener en cuenta que desde hace varias décadas se implementó un sistema de institutos privados de apoyo y formación para el examen de idoneidad, a los que acuden gran parte de los postulantes que luego accederán a vacantes. Esto demuestra que, si de hecho la población de aspirantes excede al número de cargos ofrecidos, la realización de un curso privado –que tiene un costo monetario elevado- que garantiza el ingreso reduce aún más las posibilidades, que se limitan a un selecto grupo de elite.

Concurrentes, becarios: el precio de acceder

En relación con la compleja tarea que implica el ingreso a la residencia, existen en el Hospital de Clínicas las categorías de *concurrentes programáticos* y *becarios* como alternativas para quienes no consiguen acceder en el concurso, pero desean de todos modos realizar un programa de formación en servicio.

Las *concurrencias programáticas* son propuestas para la realización del postgrado, contando con un programa similar al de las residencias, de formación en servicio, pero sin obtener una remuneración a cambio. El ingreso a las mismas es similar, y el *ranking* que se establece es compartido: los primeros lugares acceden a residencias, los siguientes a concurrencias. En el resto de los hospitales (que dependen del Gobierno de la Ciudad) son programas con menos exigencia y carga horaria (de hecho, se desarrollan a tiempo parcial) y, teniendo en cuenta esto, su duración es de un año más. En el *Clínicas*, en cambio, la principal diferencia entre residentes y concurrentes es que estos últimos realizan su "*formación en servicio*" *ad honorem*³⁷, dado que en la práctica ambas categorías funcionan como similares (teniendo incluso la misma duración, y siendo de dedicación exclusiva).

Los *becarios*, por su parte, son médicos extranjeros que, abonando una cuota anual, acceden a la realización de una residencia, cumpliendo con los mismos horarios y obligaciones que los residentes pero pagando en lugar de obtener un salario a cambio. Esta categoría es exclusiva del Hospital de Clínicas, no existiendo oferta similar en los hospitales que dependen del Gobierno de la Ciudad. Siendo extranjeros, es la única opción que tienen para su realización, dado que para poder ser residente -o concurrente-, como mencionamos anteriormente, la condición de argentino, nativo o naturalizado, es excluyente. El principal

³⁷ Las obligaciones con que deben cumplir son similares, pero gozan de distintos derechos. De hecho, una vez finalizada la concurrencia no pueden postularse para una residencia "de nivel". Esto, según el Director de Docencia e Investigación del hospital, se explica porque el concurso es abierto a postulantes que también vienen de otros hospitales, y dado que sólo en el hospital de Clínicas ambas categorías funcionan como similares, no pueden hacer diferencias entre concurrentes de una u otras instituciones.

‘beneficio’ que éstos tienen en relación a los demás, es gozar de un mes y medio de vacaciones, en lugar de los 28 días que pueden tomarse los residentes y concurrentes. El concurso para ingresar es independiente, constituyéndose un orden de mérito aparte, y consta de un examen de opción múltiple y una entrevista personal. Al igual que sucede con los concurrentes, su actividad cotidiana es similar a la de los residentes³⁸.

Hasta el momento, podemos observar que la realización de una residencia es tan importante para los recientes médicos que incluso existe la posibilidad de acceder a una sin obtener una remuneración a cambio, privilegiando la formación que este sistema de postgrado ofrece. Y no sólo eso: las personas con los que trabajamos decidieron hacer su residencia en el Hospital de Clínicas con la mayor dificultad que esto implica. Las motivaciones que los llevaron a hacerlo serán analizadas a continuación.

³⁸ Desde lo formal, se plantean diferencias en relación con estas categorías en cuanto a derechos y obligaciones, que en la práctica cotidiana no se evidencian. Es posible observar, entonces, que lo que está legitimado en la práctica no se condice necesariamente con la reglamentación vigente. Es un hecho que todas las categorías se manejan de manera similar. Para las obligaciones, entonces, no hay diferencias.

Los residentes, y por supuesto los concurrentes y becarios, no son indiferentes a esto. Sin embargo, son los residentes los únicos que cuestionan la existencia de estas categorías que los igualan en obligaciones sin obtener nada a cambio: concurrentes y becarios no manifiestan abiertamente estar disconformes con su situación. Sin embargo, aún desde los residentes, estos planteos aparecen a la hora de reflexionar sobre la estructura del sistema, charlando conmigo, por ejemplo, o planteándolo a un superior que se interesa por conocer sus inquietudes. En el día a día estas cuestiones pasan desapercibidas. Y no solamente en el trabajo diario: en el momento de realizar mi trabajo de campo el hospital atravesaba una importante crisis política y financiera, por lo que el cuestionamiento y la movilización eran constantes y permanentes. Los residentes, representados por la asociación que los nuclea, se movilizaron preocupados tanto por el desarrollo de su formación cuanto por el riesgo que como trabajadores corrían en este contexto. Becarios y concurrentes no forman parte de esta asociación, ni están organizados mediante ninguna otra. Pareciera como si debieran “conformarse” con la posibilidad que tienen de ocupar el lugar que ocupan, formándose como médicos en una institución de renombre como es esta.

“La residencia en el Clínicas es más difícil, pero vale la pena el esfuerzo”.

Habiendo expuesto el panorama con el que se encuentran los recientes médicos al aspirar a realizar una residencia, debemos recordar que las personas que conforman el universo con el que trabajamos eligieron formarse en la especialidad de Medicina Interna en el Hospital de Clínicas, y consiguieron hacerlo. No es fácil acceder; la mayoría de los postulantes no lo logra. Que nuestros interlocutores hayan ingresado, y que lo hayan hecho en un hospital de renombre, no es un dato a desestimar a la hora de pensar acerca de la institución.

“La residencia acá es la más difícil” -me cuenta Pedro- “Primero, por el nivel de exigencia. Y además, porque con el tamaño que tiene este hospital, la cantidad de gente que trabaja y los problemas económicos que hay, es un quilombo conseguir que te hagan cualquier estudio. En otros hospitales más chicos es más fácil”. Sin embargo, eligió hacer su residencia en este hospital. Al preguntarle los motivos me respondió: “hice todo acá, la UDH³⁹ y el internado⁴⁰. Y ni dudé, quise seguir acá. Aprendes un montón. En un hospital público aprendes cómo es la realidad, no es una cajita de cristal. (...) Ojo, acá es difícil estar, pero también es muy difícil entrar. Yo al recibirme me tomé un año libre, ya estaba cansado de estudiar. Y fui a un instituto que me ayudó a dar bien el examen”.

Soledad comenzó el ciclo lectivo en otro hospital, para el que también se había postulado por si no ingresaba a este. Al quedar una vacante libre un mes después de comenzado el mismo, se presentó al concurso e ingresó. Quería entrar al Clínicas. Según me cuenta, *“no es lo mismo este hospital que cualquier otro. Acá es todo mucho más académico. Yo hice el internado acá, y cuando te acostumbras a esto, te parece poco lo que te ofrecen otros hospitales”.*

La residencia en el Clínicas, según mencionaron una y otra vez los residentes, es diferente que en el resto de los hospitales. Al ser un hospital universitario, la formación, más académica y elitista, es un eje fundamental a partir del que se desarrolla todo lo demás. De

³⁹ Se denomina Unidad Docente Hospitalaria a la estructura física y funcional donde se asienta la enseñanza de las materias que constituyen el Ciclo Clínico de la carrera de grado de la UBA.

⁴⁰ Se refiere al Internado Anual Rotatorio. Ver nota al pie número 15.

hecho, además de la formación práctica que representa la residencia, simultáneamente se va cursando la carrera de *Médicos Especialistas Universitarios en Medicina Interna de la Facultad de Medicina de la UBA*, teórica. Por lo tanto, al finalizar los 4 años de residencia, y mediante la realización de una tesis final, se accede a dicho título⁴¹.

Federico, residente de tercer año, encuentra que el hospital tiene ventajas y desventajas. *“Como ventajas, es currículum, es el hospital universitario. En cualquier lado conocen al Clínicas, el hospital tiene historia. Y acá caen todos los casos más complicados del país. Además, hay residencias de todo, podés consultar con todos los servicios, y generalmente los tipos más capos son los que están acá. Ponele Albornoz⁴², es un libro abierto caminando. Cada recorrida de sala aprendés un montón, la experiencia que tiene es invalorable. Porque además de leer, en la medicina la experiencia es fundamental, es casi la base de tu aprendizaje. Y lo que tiene este hospital es que al estar tan orientado a la formación, aprendés sí o sí. No en todos lados se hacen recorridas de sala todos los días con el jefe de sala. En otros hospitales las hacen con el jefe de residentes. Pablo⁴³ puede saber mucho, pero no se compara con un tipo con 40 años experiencia y ganas de transmitirla (...). También hay cosas malas en este hospital, una es que todos se creen mil, y te exigen demasiado, te tratan demasiado mal. No entre nosotros, sino los médicos, te basurean como si fueras lo peor. En casi todos los servicios es así. Eso no está bueno. Además, hay bastante soberbia y vanidad. Tiene sus cosas malas. Por otro lado, más allá de ser medio elitista, no deja de ser un hospital público, falta de todo, tenés que hacerte todo solo. No está mal aprender a hacer absolutamente todo, te terminas acostumbrando y lo aceptas, pero no debería ser así (...).”*

El prestigio aparece como un factor de peso para elegir realizar la residencia en este hospital, en sentido académico (que es un aspecto de gran importancia para nuestros

⁴¹ Es importante mencionar que la culminación de una residencia otorga un certificado de “residencia completa”, no un título de especialista. Sin embargo, como mencionamos en el apartado anterior, este certificado habilita a tramitar la especialidad correspondiente ante el Ministerio de Salud. Es así que la realización de la carrera de especialista en el Hospital de Clínicas dice más de lo académico que caracteriza al hospital que de una necesidad para la especialización.

⁴² Jefe de la sala once de internación.

⁴³ Jefe de residentes de la novena cátedra de medicina interna.

interlocutores), y de posibilidades de trabajo. Teniendo en cuenta que la realización de la residencia constituye un primer paso en las carreras laborales de los jóvenes médicos, tanto dentro como fuera de la institución en que se realiza, y tanto durante el transcurso de la misma cuanto posteriormente a finalizar esta etapa. Es decir, además de representar la residencia misma una experiencia de trabajo, lo cierto es que los residentes se insertan laboralmente también afuera de la institución, principalmente haciendo guardias en sanatorios privados, y realizando atención e internación domiciliaria para distintas prepagas⁴⁴. Esta inserción no sólo ocurre sino que está absolutamente legitimada. De hecho, a partir del segundo año, hay un día a la semana (que no consta en el reglamento, de todos modos) en que los residentes no tienen que ir al hospital, para poder trabajar afuera. El hecho de realizar la residencia en este hospital, prestigioso, los ubica en un lugar de privilegio. El buen nombre que tiene, su status, otorga posibilidades de índole laboral que no en todos lados existen. Según Pedro, residente de primer año, *"este hospital te da currículum, es prestigioso. Y tenés trabajo asegurado. Mirá los chicos [por los residentes de tercer año], no hacen guardia en cualquier lado, están en la Suizo, en el Fleming⁴⁵".*

Ahora bien, las posibilidades laborales tienen que ver con el prestigio que otorga la institución, así como también con el capital social⁴⁶ obtenido al transitar la misma. El desarrollo de relaciones personales garantiza la obtención de puestos de trabajo: además de vincularse con los médicos de planta, jefes y titulares de cátedra, que reclutan a los residentes para otras instituciones en que también trabajan, las redes jerárquicas en que se ordenan los mismos residentes, sobre las que a continuación ahondaremos, funcionan insertando a los jóvenes profesionales en el sistema laboral externo al hospital. Empiezan trabajando en

⁴⁴ Las mencionadas son las alternativas laborales más comúnmente realizadas. Existen otras opciones, como trabajar en consultorios privados o en otras instituciones. El trabajo en ambulancias no está bien visto, y en general ninguno de los residentes lo realiza.

⁴⁵ Con "la Suizo" se refiere a la Clínica y maternidad Suizo Argentina. El "Fleming" refiere al Instituto Alexander Fleming, clínica privada especializada en oncología. Ambos sanatorios reconocidos en la Ciudad de Buenos Aires.

⁴⁶ Definido por Bourdieu como "la suma de los recursos, reales o virtuales, de la que se hace acreedor un individuo o un grupo en virtud de poseer una red perdurable de relaciones más o menos institucionalizadas de mutua familiaridad y reconocimiento". (Bourdieu y Wacquant, 2005:159)

sanatorios de *“poco o mediano prestigio”* –desde las perspectiva de los residentes-, o en lugares *“de renombre”* durante los fines de semana o en horarios no muy cómodos. Una vez *“pagado el derecho de piso”* las condiciones laborales varían, mejorando, y para las vacantes que dejan con estos cambios recomiendan y avalan a *sus residentes inferiores*, que se están insertando en el sistema. De este modo, se va armando una cadena de inserción laboral, en la que los propios compañeros van recomendándose entre sí.

Por otra parte, la realización de la residencia en el Hospital de Clínicas ubica a los jóvenes médicos en el comienzo de una carrera académica que, al menos desde este aspecto, se desarrollará de manera distinta que en cualquier hospital. Recordemos que, en cuanto a la elección de la especialidad, el caso del *Clínicas* también es particular. Si en el resto de los hospitales, esta elección se produce al ingresar a la residencia, en éste -para una especialidad clínica- primero se ingresa a Medicina Interna y, una vez concluida, se decide cómo se sigue. Si bien no es necesario terminar este primer nivel para acceder a las residencias denominadas de niveles II y III (sí en cambio para las de nivel IV), la totalidad de los residentes de la novena cátedra, según me transmitieron, planeaban finalizarla, para luego evaluar si seguir con alguna otra. Es que, me dijo Lucas, *“aunque te especialices en otra cosa después, siempre vas a seguir siendo clínico”*.

Pablo, jefe de residentes, aún dudaba acerca de cómo seguir al año siguiente. Finalmente se presentó -e ingresó- a la residencia de gastroenterología en el hospital.

Tamara es residente de primer año. Eligió hacer la residencia en clínica porque, dice, *“le encanta”*. *“En realidad -me sigue contando- entré pensando en hacer hematología al terminar, pero después de sufrir estos meses no pienso hacer otra residencia. Ni loca en unos años pienso pasar otra vez por esto. A lo sumo cursos, o fellows⁴⁷. Total lo importante es saber, no tener el título. También me gustaría hacer oncohematología. No sé todavía”*.

⁴⁷ El hospital posee programas de *fellowship* (programas de perfeccionamiento posbásico) en distintas especialidades, con el objetivo de *“perfeccionar conocimientos, actitudes y destrezas una vez*

Charlando con Mariana, me cuenta que quiere hacer otra residencia al terminar esta: *“entré pensando en hacer infecto, pero no se, porque son demasiado exigentes. Yo ya tengo 30 años, no tengo ganas de que me hinchen. Pero tampoco quiero ser generalista⁴⁸, no podés trabajar acá, no cobrás nada, es imposible. Salvo que entres en una prepaga. Pero si no, no te pagan nada. Y yo gratis no trabajo, quiero que me remuneren. Ni tampoco quiero hacer infecto en otro hospital. Este es mi hospital”*.

A pesar de no necesitar concluir esta residencia para poder ingresar a otra, no parecen existir dudas acerca de la conveniencia o la necesidad de hacerlo. Al preguntar a los residentes los motivos por los que terminar los cuatro años a pesar de no ser estrictamente necesario para ingresar a otra especialidad, en varias ocasiones me manifestaron que recién se aprende clínica de manera global luego de hacer la residencia completa, dado que en cada año son distintos los objetivos y las actividades propuestas. Además, el hecho de terminar con la residencia de Medicina Interna para luego presentarse a otra especialidad, puede tener que ver con el tipo de ingreso que presentan las residencias *de nivel* en el hospital: se evalúa el currículum del postulante, y se realiza una evaluación práctica con un paciente, por lo que es bastante probable que el haber finalizado una residencia previamente otorgue mayores posibilidades para ingresar.

Por otra parte, la finalización de una especialidad completa para luego continuar con otra -o no- también muestra que lo académico está muy instalado en las estrategias profesionales de los residentes. Más aún, el hecho de no tener decidido de antemano cuál será el rumbo que tomarán sus carreras, pero con la total certeza de que continuarán -en la generalidad de los casos- en un ámbito en que lo académico se encuentra inseparablemente asociado a lo profesional también deja ver que los médicos que se están formando en la institución no aspiran a ser cualquier tipo de profesionales.

finalizada la formación básica”, según informa la página Web del Hospital de Clínicas. Estos programas están dirigidos a quienes acrediten formación básica finalizada en los tres últimos años (residencia, concurrencia programática, beca o similar)

⁴⁸ Nótese que desde la cosmovisión de los residentes la especialidad de medicina interna es igualada a clínica, y a la de médico generalista.

El status, el prestigio, la formación académica de excelencia, aparecen como los principales factores por los que nuestros interlocutores eligen realizar su residencia en el Hospital de Clínicas. Tratándose de un proceso en que 'formación' y 'trabajo' se imbrican, desde la perspectiva de los residentes los testimonios sostienen que es su formación lo que prima durante este período. La existencia de las categorías de *concurrentes* y *becarios* es el ejemplo que utilizan cuando intentan explicarme esto, dando cuenta de la importancia que tiene el hecho de pasar por esta experiencia: es mayor la necesidad de realizar una residencia, tanto en cuanto a la formación profesional como incluso para insertarse laboralmente, que la obtención de una remuneración a cambio, que no aparecería como el atractivo principal para su realización.

Los residentes hacen mención una y otra vez al prestigio, al honor, al saber como causales en la realización de la residencia en el Hospital de Clínicas. Tal vez deberíamos intentar pensar acerca de qué nos quiere decir este status que se relaciona con y se consigue en la institución sobre la que estamos trabajando. En este sentido, puede resultar interesante ubicar a esta idea de *prestigio* vinculándola con el concepto de capital simbólico trabajado por Bourdieu. El autor define a éste como cualquier especie de capital (económico, cultural, escolar o social), cualquier propiedad (riqueza, fuerza física –podríamos agregar saberes, conocimiento-) que, percibido por agentes sociales dotados de las categorías de percepción y de valoración que permiten distinguirlo, conocerlo y reconocerlo, se vuelve simbólicamente eficiente; una propiedad que responde a 'expectativas colectivas' socialmente constituidas (1997:172-173). El capital simbólico obtenido durante la residencia nos señala la importancia consensuada de la que goza un determinado tipo de saber. Dicho en otras palabras, este lugar de prestigio está dado a partir de ser reconocido socialmente como un valor, existiendo un consenso social cuyo reconocimiento da poder a, en este caso, un lugar de saber.

Ahora bien, el capital simbólico no existe de manera aislada. Debemos retomar a Bourdieu para entender las interacciones que se producen en la institución en términos de *campo*. Esto es, relacionalmente, definiendo al espacio social "como un campo de fuerzas, cuya necesidad se impone a los agentes que se han adentrado en él, y como un campo de

luchas dentro del cual los agentes se enfrentan, con medios y fines diferenciados según su posición en la estructura del campo de fuerzas, contribuyendo de este modo a conservar o a transformar su estructura” (1997:49). Es decir, el valor de una especie de capital es inseparable de la existencia de un campo donde tal competencia pueda ser utilizada, donde sea eficaz, permitiendo así a sus poseedores disponer de un poder, de influencia. Asimismo, la jerarquía de las diferentes especies de capital, su valor relativo, varía de un campo a otro (Bourdieu y Wacquant, 2005:136).

La combinación del capital simbólico con el capital social -interrelacionado con e inseparable del primero- que también se adquiere durante la residencia, permite, por ejemplo, a los residentes acceder a determinadas posibilidades laborales que este lugar les ofrece. Y si bien la búsqueda de capital económico no es lo que rige la articulación profesional de los jóvenes médicos, la intención de obtener una remuneración acorde a la formación conseguida no deja de ser un aspecto que aparece también en el discurso de los residentes. De hecho, de sus testimonios surge la intención de reconocimiento, tanto académico como monetario. En este sentido, la inserción laboral fuera del hospital -simultánea y posterior a la realización de la residencia-, facilitada por esta combinación de capital simbólico y social, muestra claramente cómo el eje no está sólo puesto en la búsqueda de prestigio por el prestigio en sí mismo, sino que las posibilidades de trabajo son muy otras cuando están asociadas a los mismos. En un contexto en que determinado saber está legitimado como hegemónico, ubicarse en un lugar relacionado con la obtención de éste, específico y particular, al que no todos tienen acceso, excede al sólo reconocimiento para representar también un lugar de poder. Señala Bourdieu: “el campo del poder (...) es el espacio de las relaciones de fuerza entre los diferentes tipos de capital o, con mayor

precisión, entre los agentes que están suficientemente provistos de uno de los diferentes tipos de capital para estar en posición de dominar el campo correspondiente" (1997:50)⁴⁹.

La Residencia de Medicina Interna. Organización formal y construcción de identidades.

Como venimos viendo, el Sistema de Residencias en el Hospital de Clínicas José de San Martín está organizado por niveles, estableciéndose mediante un riguroso sistema de ingreso quiénes serán las personas que se capacitarán en cada uno de los servicios hospitalarios que forman parte de la institución. Las distintas especialidades, que se enmarcan, en su mayoría, en el *Departamento de Medicina* o en el de *Cirugía* (que organizan en dos grandes grupos a gran parte de los servicios⁵⁰), funcionan de manera independiente, aunque interrelacionada con las demás: la atención de cada uno de los pacientes no es privativa de alguna de las especialidades, sino que en su mayoría los pacientes internados deben ser examinados desde las diferentes subdisciplinas médicas –como por ejemplo psiquiatría, traumatología, cardiología, neurocirugía, oncología, hematología, para citar algunas de las especialidades que se desarrollan en el hospital, que trabajan en conjunto según las patologías de cada paciente internado-. Las permanentes *interconsultas*, así como los *ateneos*⁵¹ en los que distintas

⁴⁹ Es importante aclarar que en la teoría de Bourdieu los conceptos de campo y de capital son completados por la idea de habitus, que ubica al agente social en tanto generador y operador práctico en la construcción de objetos.

⁵⁰ Además del departamento de Medicina y el de Cirugía, dentro de los que se desarrollan distintas especialidades, se encuentran los departamentos de tocoginecología, pediatría, patología, diagnóstico por imágenes, salud mental, farmacia, bioquímica y carreras conexas. Ver cuadros adjuntos en página número 126.

⁵¹ Dentro de las actividades académicas propuestas por la currícula de la residencia de Medicina Interna, una vez a la semana se realiza un ateneo general, en que participan todas las cátedras y –dependiendo del caso a presentar– se invita también a alguna especialidad. La idea es presentar a algún paciente internado para su discusión. Se realizan también semanalmente ateneos del servicio de imágenes al que también concurren las distintas especialidades, así como ateneos organizados por los distintos servicios que son abiertos a la participación de representantes de otras especialidades.

especialidades participan, son algunas de las instancias en las que se ve que para el estudio, diagnóstico y tratamiento de los pacientes -e incluso académicamente-, los distintos servicios trabajan interrelacionados.

Por otra parte, si bien existe un reglamento para las residencias que es único y regula a todos, estableciendo leyes generales⁵², cada especialidad constituye una residencia diferente, con un programa que le es propio, y en la que desarrolla su formación en servicio un grupo específico de residentes. La residencia de Medicina Interna (que forma parte de las especialidades de nivel I del departamento de Medicina) está formada por cuatro diferentes *cátedras*, cada una de las cuales tiene una sala de internación a su cargo (en el caso de la *cátedra* en que desarrollamos este trabajo, son dos las salas), y funciona de manera independiente aunque relacionada con las demás. La residencia para esta especialidad dura cuatro años, e ingresan cuatro residentes en cada *cátedra* para cada nuevo ciclo lectivo, además de los becarios y concurrentes que no tienen un número fijo, variando de un año a otro.

En función de su antigüedad dentro de la residencia, los residentes son designados e identificados institucionalmente mediante camadas, utilizando una clasificación numérica del uno al cuatro, que no solamente alude al tiempo de permanencia en la institución, sino también a las obligaciones que los integrantes de cada grupo deben cumplir: el programa de la residencia de Medicina Interna establece para cada año de cursada distintos objetivos,

⁵² También a nivel gremial los residentes están organizados de manera que atraviesa a las distintas especialidades: mientras que la *Asociación Médica del Hospital de Clínicas* agrupa y representa a todos los médicos del hospital (teóricamente los residentes estarían incluidos en este colectivo; sin embargo, en la práctica esto no ocurre); la *Asociación de Residentes del Hospital de Clínicas* nuclea a todos los residentes, representándolos frente a otros colectivos, como son los pacientes, los médicos de planta, estudiantes, o el personal no médico. Esta asociación adoptó un lugar de nodal trascendencia en un momento en que el hospital atravesó una crisis político- financiera muy grande, que afectó enormemente al quehacer de la institución toda, a fines de 2006 y principios de 2007. Agrupados en esta asociación, los residentes se organizaron reclamando tanto por sus condiciones de trabajo cuanto por su formación. Previo a este momento esta agrupación ya existía, pero el interés y la participación que ponen los residentes en ella es notoriamente más importante durante esta coyuntura.

actividades y obligaciones⁵³. Esta categorización, además, da cuenta de una organización jerárquica y verticalista, en la que la experiencia y permanencia en el sistema otorga un saber que conlleva poder.

Es importante aclarar que esta clasificación que se establece desde la norma se plasma también en la formación de grupos identitarios a partir de los que los residentes se reconocen, designan y autodesignan diferenciándose de los demás⁵⁴. Así, al ingresar a la institución se forma un grupo de *residentes de primer año*⁵⁵ que, al año siguiente, pasan a ser *residentes de segundo año*, y así sucesivamente hasta llegar al cuarto (a partir de aquí, R1, R2, R3 y R4). Estos grupos se diferencian, al mismo tiempo, por oposición a quiénes fueron y quiénes van a ser en el futuro. Ahora bien, tratándose la residencia de un proceso dinámico, debemos señalar que estos grupos identitarios no constituyen estamentos fijos: las camadas con el paso del tiempo van adquiriendo características diferentes en función de los nuevos roles que van ocupando, que traen consigo nuevos derechos y obligaciones. Inclusive el modo en que el grupo se designa varía al culminar un ciclo lectivo y comenzar el siguiente (quienes eran R1 pasan a ocupar el lugar de los R2, que empiezan a ser R3, y así sucesivamente).

Al interior de cada grupo de igual antigüedad los residentes establecen vínculos fuertes y estrechos. Los R1, al ingresar a la institución, se encuentran compartiendo una cotidianeidad muy diferente a la que tenían antes de entrar a la residencia. Las largas jornadas que pasan

⁵³ Esta organización jerárquica se establece en cada una de las especialidades. Por lo tanto si, luego de haber transitado todos los estamentos en Medicina Interna, por ejemplo, el actor ingresa a una nueva especialidad *-de nivel-* volverá a ser R1, y atravesará nuevamente cada una de las jerarquías que ordenan a su nueva residencia. Al mismo tiempo, este tipo de organización jerárquica y verticalista no es exclusiva del caso en que estamos trabajando sino que caracteriza al Sistema de Residencias Médicas Hospitalarias en general. Véase en este sentido, por ejemplo, el trabajo de O. Bonet (2004).

⁵⁴ Barth analiza a los grupos étnicos considerándolos como categorías de adscripción y autoadscripción en las que, más allá de características comunes al grupo, es su contacto con otros –y su oposición a los mismos- lo que demarca los límites entre un grupo y otro, y lo que genera la construcción y sostenimiento de la identidad (1976). Si bien no estamos trabajando con grupos étnicos, al tratarse de grupos identitarios nos resulta de gran utilidad la tesis del autor.

⁵⁵ Esta identificación incluye a los residentes de esa camada, pero también a concurrentes y becarios de igual antigüedad.

en el hospital, el compartir una rutina de trabajo, las nuevas responsabilidades que deben afrontar y la cantidad de obligaciones que deben cumplir, amén del trato rígido y exigente que reciben, facilitan la formación de un grupo estrecho, en que -además- los lazos de amistad, solidaridad y camaradería son profundos. El grupo funciona en tanto tal, respondiendo y responsabilizándose el colectivo en su totalidad frente a situaciones que acontecen a cada uno de sus miembros. Pasando a ser R2, R3 y R4, durante los subsiguientes ciclos lectivos, estos lazos se mantienen, a pesar de tener que cumplir con obligaciones diferentes. Al llegar a ser R3, nuevamente el funcionamiento grupal adquiere una trascendencia importante: durante el tercer año los residentes tienen la responsabilidad de formar al grupo de los recientes ingresantes, guiándolos y orientándolos en la actividad cotidiana, lo que vuelve a ubicarlos en una posición en la que el trabajo común rige el quehacer diario.

Cada cátedra está formada por los residentes de primero a cuarto año, y por el jefe de residentes, que es elegido entre los R4 del año anterior⁵⁶. Si bien existe una identificación de parte de los residentes para con la cátedra de la que forman parte, los grupos se organizan de manera alternada entre las distintas camadas. Es decir, por las características que toman forma durante cada año de residencia, no todas las camadas trabajan de manera conjunta en el mismo espacio físico, ni interactúan en función de las actividades que tienen que desarrollar curricularmente. El programa de Medicina Interna, a partir de un cronograma muy detallado de actividades, establece que los R1 son quienes están a cargo de los pacientes internados en las salas de internación de la cátedra, asumiendo el papel de médicos de

⁵⁶ El Jefe de Residentes es elegido, por concurso, entre los que cumplieron con el programa de la Residencia Universitaria, no debiendo pasar entre ese cumplimiento y el llamado a concurso, un lapso mayor de 3 años. Permanecerá un año en sus funciones y su mandato podrá ser renovado por un año, por única vez, en caso de declararse desierto el concurso o por ausencia de postulantes. Según el testimonio de los residentes, en general el aspirante es alguno de los R4 del año anterior, y la elección se realiza de manera informal entre ellos.

cabecera de los mismos⁵⁷. Durante el segundo año, en cambio, los residentes deben realizar lo que se denomina “rotaciones” en distintas áreas del hospital: guardia externa, terapia intensiva, unidad coronaria y consultorios externos. Esto es, concurrir durante el lapso de un trimestre a cada uno de estos servicios y desarrollar allí sus actividades. Los R3 tienen, a su vez, la obligación de cumplir un rol docente y de control, al formar a los residentes de primer año en sus actividades cotidianas. Los R4, por su parte, deben realizar durante la mitad del año una “rotación” a elección en el área del hospital que deseen, con miras a proseguir allí al año siguiente con una nueva residencia. La otra mitad del año deben permanecer en las unidades del piso de internación⁵⁸.

Es así, que son los R1 y los R3 (y algunos de los R4) y su jefe de residentes quienes desarrollan sus actividades en la División Internación del Departamento de Medicina Interna, estableciendo un nexo muy cercano y particular, que se caracteriza por cierta autoridad que los más antiguos infundan sobre los neófitos, pero también por la admiración y el respeto que los R1 tienen para con sus *residentes superiores*. Este subgrupo, formado por los R1, R3 y el jefe de residentes de la cátedra, se desempeña en tanto conjunto en el funcionamiento cotidiano. Tal es así que en el accionar diario las responsabilidades individuales se diluyen en esta grupalidad. Esta organización alternada, que vincula a los R1 con los R3 y con el jefe de residentes (que fue a su vez R3 cuando los que ahora lo son eran R1) es característica de la institución, y es una de las principales estructuras que sustenta el funcionamiento cotidiano de la misma.

Además de los residentes, forman parte de cada una de las cátedras -o de cada uno de los servicios- otras personas, importantes para su funcionamiento. Mencionábamos

⁵⁷Es decir, son responsables de su atención, estando a cargo además de la confección y mantenimiento de las historias clínicas. Participan asimismo en la revista de sala y en las interconsultas con profesionales de otras especialidades clínicas y quirúrgicas, presentando los pacientes a su cargo.

⁵⁸ En la División Internación del Departamento de Medicina Interna se ubica la sala de residentes de la cátedra –espacio en que los mismos se reúnen, desarrollan algunas de sus actividades y permanecen cuando deben quedarse de guardia- y las salas de internación a su cargo. En el caso de Medicina Interna las distintas cátedras y salas de internación se despliegan en dos pisos del hospital: el decimoprimer y el decimosegundo.

anteriormente que la atención de los pacientes y lo académico se imbrican en la conformación estructural de la organización del área de residencias del hospital. La dirección jerárquica en la institución toma forma a partir de la coexistencia de ambas. Es así que, en el caso de la especialidad que nos ocupa, encontramos a un Director del área de Medicina Interna, así como a un médico titular,⁵⁹ al frente de cada una de las cátedras, dependiendo todos de la Dirección de Docencia e Investigación. Simultáneamente, cada una de las salas de internación, que forman parte de las distintas cátedras, tienen jefes a cargo, que son quienes están encargados de la evaluación de los residentes, al mismo tiempo que de la dirección de la sala, con la consecuente supervisión de los tratamientos de los pacientes internados en ella⁶⁰. Los jefes de sala, además de cumplir con su función en tanto médicos a cargo, ocupan un importante rol en la formación de los residentes.

Como anteriormente señalamos, en las cátedras de Medicina Interna del hospital también se desarrollan las clases para la materia de *Medicina*, que forma parte de la *currícula* de la carrera de grado. Es así que durante el año los alumnos que están cursando concurren al hospital y, además de las clases teóricas, comienzan a tener formación práctica, por lo que toman parte en algunas de las actividades en las que también participan los residentes, como ser la *recorrida de sala*. Los R3 son encargados también del dictado de clases prácticas con los pacientes internados en la sala. Debido a que mi trabajo de campo se desarrolló en los meses de verano, no había estudiantes participando de la cotidianeidad de la cátedra.

Asimismo, otras personas que forman parte del escenario cotidiano son los *rotantes*⁶¹, que participan de las actividades desarrolladas a diario por los residentes, muchas veces

⁵⁹ Recordemos que las cátedras también funcionan como tales para la materia de *Medicina* de la carrera de homónima de la Facultad.

⁶⁰ Es importante mencionar que, manteniendo ambas estructuras: asistencial hospitalaria y académica, encontramos que en las salas de internación trabajan médicos de planta (con nombramiento y ad honorem), así como en el contexto de las cátedras se desarrollan los cargos de profesores adjuntos, adscriptos y demás categorías en relación con lo académico universitario, superponiéndose en las mismas personas los cargos en uno y otro sentido.

⁶¹ No confundir esta categoría, de estudiantes, con las rotaciones que se realizan durante el segundo y cuarto año de la residencia.

prestándoles ayuda en algunas de sus tareas. El *Internado Anual Rotatorio* se desarrolla durante el último año de la carrera de Medicina. Teniendo 40 semanas de duración, está conformado por distintas rotaciones –en clínica médica, tocoginecología, pediatría, cirugía (de ocho semanas en cada una), atención primaria de la salud y salud mental (de cuatro semanas cada una)- en diferentes hospitales (a elección, en función del promedio de la carrera y de la oferta de vacantes en las distintas instituciones). Nuevamente, el hecho de haber realizado el trabajo de observación participante durante los meses de verano generó que solamente entrara en contacto con una rotante, que realizaba parte de su *internado* en un trimestre tal vez atípico para hacerlo. Recién entrado marzo, y siendo los últimos días en que mi trabajo de observación participante se llevaba a cabo, comenzaba una nueva rotación, por lo que empezó a concurrir a la institución un grupo de los mismos, con los que interactué muy brevemente.

Habiendo introducido la manera en que la institución se organiza formalmente, especificando cuáles son las categorías a las que los residentes adscriben, y cómo es el proceso para ingresar a la misma, nos adentraremos ahora en la cotidianidad de la residencia, relatando la manera en que un día característico se desarrolla.

Capítulo III. Un día en la Residencia

“A fuerza de caer la lluvia sobre las piedras, éstas se ablandan y hacen crecer jaramagos...”

Federico García Lorca, *Yerma*.

Siete de la mañana. Llego al hospital. Luego de hacer cola durante unos cuantos minutos, accedo a uno de los ascensores del hall central⁶², que me conduce hasta el décimoprimer piso. En el ala este del mismo se ubica la novena Cátedra de Medicina Interna⁶³, y las salas de internación once⁶⁴ y quince, que están a su cargo. Me dirijo por un pasillo hasta el cuarto de residentes de la cátedra, donde el día está comenzando. Golpeo la puerta, me abre Luciano (R1), me sonrío y saluda con simpatía. Saludo al resto de los residentes allí presentes que, aún con expresión de sueño en sus rostros, se ubican alrededor de la mesa rectangular, que ocupa gran parte del recinto (que no es muy grande), para dar comienzo al *pase de guardia*. Mediante esta actividad, con la que se inicia cada jornada, el residente que estuvo de guardia⁶⁵ cuenta las novedades acontecidas durante la tarde y la noche pasadas, por lo que

⁶² Conocer la totalidad de los ascensores del hospital es, bromea uno de los residentes, una de las tareas a aprender en el primer año. El hospital tiene en funcionamiento dos ascensores en el hall principal –para todo público- (hay cuatro en realidad, pero dos de ellos están fuera de uso), otros dos elevadores ubicados uno en el área este y otro oeste del hospital, otro reservado exclusivamente para médicos, uno en la guardia externa, por el que suben camillas, y otros dos destinados al público general en el área central del hospital. Dada la cantidad de gente que precisa dirigirse a los distintos pisos, y el hecho de que la mayor parte del tiempo varios de los ascensores está fuera de servicio, subir hasta el undécimo piso no resulta tarea fácil. Los R1, que como veremos más adelante deben subir y bajar numerosas veces durante el día, cuentan con distintas estrategias para poder hacerlo. De hecho, muchas veces utilizan las escaleras.

⁶³ Con el objetivo de preservar el anonimato de mis interlocutores el nombre de la cátedra en tanto institución es ficticio, de la misma manera que los de las salas de internación a su cargo.

⁶⁴ La sala de internación número once es la única del hospital para pacientes inmunocomprometidos, por lo que tiene un funcionamiento diferente que el resto de las salas. Fue creada para la internación de recientes transplantados, pero funciona más que nada albergando pacientes que se internan para sesiones de quimioterapia. Las enfermeras que trabajan en esta sala están especialmente calificadas, y es la única que cuenta con una secretaria administrativa. Los pacientes están aislados y la sala cumple con normas especiales de asepsia y esterilidad.

⁶⁵ Debemos hacer una distinción entre la guardia externa del hospital, que se ubica en la planta baja y a la que llegan pacientes con emergencias, y la guardia que se realiza en el piso de internación, que consiste en permanecer en el mismo controlando a los pacientes internados y realizando aquello que fue indicado para los mismos. En el momento del año en que realicé mi trabajo de campo, un R1 de cada cátedra y un R3 en representación de todas las cátedras de medicina interna se quedaban de guardia cada día, dado que se consideraba a los R1 preparados para hacerse cargo (al comenzar el

solamente menciona a aquellos pacientes que requirieron su atención, o para los que había algún control indicado. Salvo Luis (R1), que por haber estado de guardia viste ambo, el resto tiene puesta ropa de calle. En un extremo de la mesa, un único sillón es ocupado por Joaquín (R3). A su lado, en una reposera de playa -que salvo para estas ocasiones permanece cerrada-, se sienta Pablo, el jefe de residentes. De un lado de la mesa, contra la pared, hay un banco que se extiende de un extremo al otro de la mesa. En la punta cercana al sillón se ubica Juan (R3) y a su lado Lucas (R3). Frente a él, en una silla, Mariana (R3) y en otra Federico (R3). A continuación, un tándem de 3 sillas, en las que se sientan Tamara (R1), Luis (R1) y Pedro (R1). Enfrente, en el banco, Luciano (R1), Soledad (R1) y por último Ramiro (R1). Tanto en algunas de las sillas -las más cercanas a la puerta- cuanto en la pared sobre el banco, hay papeles pegados en los que, escritos a mano, aparecen los sobrenombres de los R1, indicando cuál es el lugar que debe ocupar cada uno⁶⁶. Federico (R3) me hace una seña para que me siente a su lado: está tomando mate y me quiere convidar. Eso hago, acercando una silla que encuentro vacía, pero ubicándola un poco por fuera de la ronda que rodea a la mesa. Algunos R1 recuestan su cabeza sobre los brazos, apoyados sobre la mesa. Bostezan, tienen cara de sueño. El mate empieza a circular.

Juan (R3) pide a Luis (R1) que comience con el pase: *Dale, ¡pasá la sala once!*

Luis (R1) comienza a leer en voz alta de una libreta en que tiene anotado paciente a paciente lo que aconteció durante la noche. Ha completado la carpeta que contiene la historia clínica⁶⁷ de cada uno con la misma información: *Márquez Rosa. Paciente de 64 años, sepsis a punto de partida...*

Mariana (R3) le completa: *Con linfoma del manto. ¿En qué cama está?*

ciclo lectivo los R1 realizan guardias acompañados por los R3). Ramiro (becario R1), que según sus residentes superiores no estaba listo para enfrentar solo una guardia, cumplía con la misma pero junto con algún compañero, no haciendo guardias solo (como observaremos luego, Ramiro tampoco tiene pacientes a su cargo). Los R3, durante los fines de semana también hacen guardias en la guardia externa.

⁶⁶ Si bien los R1 se sientan en el sector de la mesa más cercano a la puerta, y más alejado de la cabecera, lo cierto es que en ninguna oportunidad he notado que prestaran atención a los nombres que figuran en los asientos para elegir en cuál sentarse.

⁶⁷ Cada paciente tiene una historia clínica que se archiva en el hospital. En cada internación la misma se recupera y se incorpora a una carpeta (identificada por el número de cama en que está internado el paciente) en la que se va volcando toda la información referida al mismo, desde su internación hasta su egreso de la institución. Las carpetas se ordenan en carritos de los que cuelgan (hay dos, uno para cada sala).

Luis (R1) responde, con cara de indignación: *¡Cama 1! Son cinco pacientes, ¿cómo no voy a saber en qué cama están?*⁶⁸ - y sigue contando las novedades- *Estuvo bien. Tuvo un registro térmico de 37⁹⁵ que le bajó con Paracetamol.*

Federico (R3) le pregunta: *¿Axilar, rectal?*

Luis (R1) le responde: *Rectal.*

Pablo, jefe de residentes, quiere saber por qué. Luis (R1) replica señalando la carpeta del paciente: *Todas las veces que hizo fiebre fue rectal, así está indicado.*

Pablo le explica, un tanto irónico: *Si le tomás axilar y da 37.2, ahí le tomás rectal. Si no le estás metiendo el termómetro en el culo todos los días al pedo.*

Luis (R1) acepta en silencio y sigue: *Balance neutro esta señora. Sin novedades.*

Pablo: *¿Siguiente cama?*

Luis (R1): *Cama 3, Cueto Alicia. Paciente de 56 años, motivo de ingreso: sepsis en transplantada renal. Lo único, registro térmico de 38⁹⁶. Hemodinámicamente estable.*

Soledad (R1) está recostada con la cabeza sobre los brazos. Pablo le pregunta: *¿No te interesa lo que se está diciendo?*

Soledad (R1) le responde, con brusquedad: *¡Estoy escuchando!*

Luis (R1) sigue *pasando*, uno a uno, el resto de los pacientes de la sala once. Los R3 y Pablo le hacen algunas preguntas; Luciano (R1), que está a cargo de la sala⁶⁹, va tomando nota en su libreta acerca de las novedades que hubo con sus pacientes. Continúan luego con la sala quince. Luis (R1) lee:

-Cama 1, Fernández Marcela. Paciente de 63 años, motivo de ingreso, cetoacidosis. Al examen físico no evidencia nada nuevo.

Lucas (R3) pregunta: *¿Cómo está el potasio?*

⁶⁸ La baja cantidad de pacientes a la que refiere Luis tiene que ver con el coyuntural momento crítico a nivel político y financiero que atravesaba el hospital. Los últimos meses de 2006 y primeros de 2007 el hospital atravesó una crisis político-financiera que afectó el habitual funcionamiento del mismo, principalmente debido a la falta de insumos, motivo por el cual la internación por momentos se vio restringida y por ende enormemente reducida en cantidad. A lo largo de este relato aparecerán menciones a esta situación en repetidas oportunidades.

⁶⁹ Un R1 y un R3 de la cátedra están a cargo de la sala once. este cargo se va rotando a lo largo del año, de manera que todos los R1 pasan por la sala.

Luis (R1) responde: *3.8, le hice un electro hace un rato.*

Federico (R3) levanta el tono al decirle: *¿Qué dijimos con eso? Si tiene alto el potasio hay que nebulizar, antes del electro, antes que nada. Si después te da normal le sacas la nebulización. Se supone que había quedado claro eso.*

Lucas (R3) acuerda con él, y en tono didáctico agrega: *Ahora lo importante, Luis, es regularizar el potasio. Ahora hay que bajarlo, antes estaba muy bajo pero subió demasiado.*

Pablo comenta: *Qué raro que siga alto... ¿Le suspendiste el aporte de potasio?*

Luis (R1): *Sí, ayer a la noche.*

Joaquín (R3) se sorprende: *¡Si lo decidimos a las 2 de la tarde!*

Luis (R1), defendiéndose: *Es que le faltaba poquito.*

Lucas (R3): *¡No importa cuánto le falte, si se indica suspenderlo se suspende en ese momento! Aunque le quede muy poquito. Si se indica suspender algo se suspende, no se espera a que se acabe. ¿Queda claro?*

Luis (R1) asiente, su cara refleja resignación, pero no dice nada, la mirada fija en sus anotaciones.

Joaquín (R3): *Che, esto del potasio debe haber sido por la regularización del cloro. No se lo digamos más a Albornoz, que empieza a romper.*

Federico (R3): *Sí, al pedo. Le da demasiada bola, se ve que tiene que entretenerse con algo ahora que hay pocos pacientes. ¿Seguimos con...?*

Luis (R1): *Cama 5, Montes Mónica, de 46 años. Motivo de ingreso, hemiparesia y cefalea; refirió un poco de dolor que remitió con un rescate de morfina.*

-No digas un poco de dolor, hay parámetros para medirlo -aclara Juan (R3)-¿Qué más con ella? ¿Nada más? Seguimos entonces...

Luis (R1) continúa leyendo: *Cama 17. Guzmán Antonio. 83 años. Está descompensado.*

Federico (R3) quiere saber si están contando bien cuánto líquido toma: *Le tenés que comprar una botella y decirle que tiene que tomar eso por día. Estamos a fin de año, ¡no puede ser que tenga que estar aclarando eso! ¿Y cómo lo encontraste después de la diálisis?*

Luis (R1) responde: *Ingreso de 600 y diuresis de 600 post diálisis. Dializó ayer 1200 de balance negativo.*

Joaquín (R3) pregunta cuánto tiene de balance acumulado, Luis (R1) responde que tenía ingreso de 1000, Federico (R3) dice que es imposible porque no orinaba: *No estimes, fijate qué*

dice en la carpeta. Mariana (R3) se sorprende porque no tiene hoja de balance, Juan (R3) exclama: ¡Un paciente con insuficiencia cardíaca en diálisis sin hoja de balance! No es así, Luis. Hace una semana que está internado, no puede no tener hoja de balance. ¿Qué es lo que estás haciendo con él? El responsable es Luis, pero todos los demás, que estuvieron controlándole el balance de guardia, ¿donde ponían los balances del tipo?

Luis no responde. Ningún R1 dice nada.

Federico (R3) pregunta sorprendido si a nadie le llamó la atención: *No podemos estar a dos meses de terminar el año diciendo que una insuficiencia cardíaca tiene que tener hoja de balance.* Lucas (R3) asiente y agrega que Albornoz si se llegaba a enterar se iba a poner loco, y con razón. Pablo indica que ahora, para seguir con el pase, Luis (R1) se fije cuánto ingresó y cuánto egresó ayer y agrega: *Cuando terminemos con el pase, ahora, a una semana de internado, le hacés la hoja de balance y la completás con todos los números que vos y tus compañeros fueron poniendo en la carpeta. Se supone que está todo.*

Joaquín (R3) dice que ahora van a tener que controlar todas las carpetas: *En dos meses van a estar trabajando solos afuera. Si acá no lo hacen, que están contenidos, ¿cómo piensan hacer afuera? Los van a meter presos.*

Pablo completa: *Además en internación seguramente ustedes no van a trabajar el día de mañana. Este es el único momento que tienen para hacer estas cosas.* – Luis (R1) asiente, callado- *Bueno, vamos a seguir. ¿Cómo está del sensorio el tipo?*

Luis (R1) responde que está somnoliento a estímulo verbal, desorientado en tiempo y espacio, orientado en persona.

Juan (R3): *Bueno, ¿nada más con él? Seguimos entonces.*

Luis (R1) continúa con el resto de los pacientes, los R3 y Pablo lo interrumpen haciendo preguntas y correcciones. Los R1 anotan las novedades referidas a sus pacientes.

Durante la guardia hubo un ingreso, Luis (R1) debe presentarlo.

Joaquín (R3) pregunta: *¿Cómo? ¿Ya está autorizada de nuevo la internación?*

Pablo: *Es un tema. Por el momento la internación está restringida, pero no suspendida. Mientras la guardia esté abierta es muy difícil de manejar. Hoy hay una reunión en rectorado, parece que algo se va avanzando. Veremos. Ahora, sigamos con el pase. Dale Luis, contá el ingreso.*

Mariana (R3) quiere saber: *¿Lo recibiste solo o con el R3⁷⁰?*

⁷⁰ Se refiere al R3 de otra cátedra que estuvo de guardia, al que deben consultar eventualmente y con el que tienen que recibir a los pacientes ingresados hasta tanto puedan hacerlo solos.

Luis (R1): *Solo.*

Joaquín (R3) aprueba: *Mirá qué bien.*

Luis (R1) lee, con un dejo de timidez: *El ingreso es Sinder Alberto, de 79 años de edad. El motivo de la internación, yo le puse disuria y edemas en miembros inferiores.*

Lucas (R3): *¿De cuanto tiempo de evolución?*

Luis (R1): *Yo le puse de dos semanas, pero los edemas de menos. Él no había notado que tenía los edemas.*

Federico (R3): *A ver, seguí y después vemos.*

Luis (R1): *Antecedentes, infarto de miocardio.*

Juan (R3): *¿No es hipertenso, diabético?*

Luis (R1): *Sí, pero se lo encuentran cuando tiene el infarto.*

Pablo: *No importa cuando se lo encuentran. Tenés que decirlo antes igual.*

Luis (R1) acepta: *Bueno. Se infarta a los 60 años en el contexto de dolor.*

Joaquín (R3), irónico: *¿Pero dónde lo vieron? ¿Qué hizo, se fue a la casa?*

Luis (R1): *Estuvo en un hospital, no sé en cual.*

Mariana (R3) continúa con el tono adoptado por Joaquín (R3): *Y ahí le habrán hecho un electro, algo.*

Luis (R1): *Sí, pero no lo tenemos. Ahí le encuentran también la diabetes. Estuvo así hasta los 72 años cuando le diagnostican un adenoma de próstata en el Hospital Británico.*

Pablo: *¿Síntomas de próstata tuvo?*

Luis (R1): *No. En ese momento empezó con el tratamiento.*

Federico (R3): *¿No fuma, nada?*

Luis (R1): *No.*

Lucas (R3): *¿Con quién vive?*

Luis (R1): *Vive solo.*

Mariana (R3) resume: *Por lo que vimos hasta ahora, tenés que decir: paciente de 79 años, con antecedentes de hipertensión, diabetes, infarto de miocardio a los 60 años y adenoma de próstata a los*

70. Y después la enfermedad actual.

Luis (R1): *¿Así tengo que decir?*

Mariana (R3) le responde en tono didáctico: *Yo te estoy dando el concepto del paciente. Si ustedes pueden resumir al paciente en una o dos oraciones, ya tienen el 85 % de información. Es importante para una interconsulta.*

Juan (R3): *Y es importante para presentarlo en la recorrida. Dale, seguí entonces con la enfermedad actual.*

Luis (R1): *Comienza su enfermedad actual con disuria, dolor miccional...*

Joaquín (R3): *Eso es disuria.*

Luis (R1) corrigiendo lo anotado en la carpeta acepta: *Ah, bueno. Consulta en ese momento a su médico de cabecera diagnosticándose una infección urinaria.*

Lucas (R3) pregunta: *¿Sin fiebre, sin dolor lumbar, sin decaimiento?*

Luis (R1): *Nada. -Lee de la carpeta- Empieza tratamiento con cefalexina que se suspende a los 4 días.*

Pablo: *¿Mejóro la sintomatología?*

Luis (R1): *No mejoró. -Sigue leyendo de la carpeta- Hace una semana hace nueva sintomatología, por lo que consulta a la guardia donde se constata paciente febril, signos vitales normales, sedimento urinario patológico.*

Pablo indica: *Lo primero que tenés que decir, después de los signos vitales, es el examen físico.*

Luis (R1): *Al examen físico, frecuencia cardiaca de 120, frecuencia respiratoria de 18, temperatura axilar de 37.5°. Se constata paciente conciente, colaborador, lúcido, impresionaba normohidratado.*

Joaquín (R3) le corrige: *Si tiene edemas está sobrehidratado. Hacé una rayita en la carpeta, no un tachón, y corregilo.*

Luis (R1), mientras lo hace, continúa: *Acrocianosis en miembro inferior. Onicomycosis.*

Lucas (R3): *¿Cómo sabés? Hay que hacer un cultivo para saber eso. No digas onicomycosis.*

Luis (R1) acepta, inexpresivo: *Está bien, acrocianosis en miembro inferior entonces. También al examen físico, disminución de vellos en miembro inferior.*

Federico (R3), en tono burlón: *¿De los dos lados? ¿Usa muchas medias?*

Comienzan a oírse algunas risas, que se convierten en un murmullo generalizado.

Mariana (R3) reprende: *¡No atornillen el pase! ¿Están prestando todos atención? No sabemos todavía quién se va a quedar al paciente, y hay que presentarlo en la recorrida...*

Los R1 murmuran que sí. Luis (R1) continúa: *No se si usa medias, ¡qué se yo! También edemas 5 6. Asimetría mayor a 2 cm. infrapatelar.*

Federico (R3): *¿Cuándo es significativa la asimetría? Cuando es mayor a 3 cm.*

Luis (R1): *Ah, bueno. A nivel de cuello, no se palpan adenopatías. A nivel de tórax, buena mecánica respiratoria.*

Federico (R3): *Decí lo positivo nada más.*

Luis (R1): *Rales crepitantes en ambas bases.*

Joaquín (R3): *¿Examen cardiovascular? ¿Soplo tenía?*

Luis (R1): *Me pareció soplo diastólico. Los pulsos eran iguales en ambos lados. Pedios normales. A nivel abdominal, hernia supraumbilical. También tiene una insuficiencia cardíaca no descompensada.*

Pablo sintetiza: *Entonces el motivo de la internación es disuria, polaquiuria y fiebre, de 15 días de evolución. Lo demás lo encontrás vos acá, no es el motivo de la internación.*

Federico (R3): *¿Así que en la guardia le hicieron tratamiento para la insuficiencia cardíaca, dijiste?*

Luis (R1): *Sí, le pasaron furo.*

Mariana (R3) pregunta, probando: *¿La furo es tratamiento para la insuficiencia cardíaca?*

Luis (R1) duda, alzando las cejas: *Ehhh.*

Mariana (R3): *No.*

Pablo: *¿Otros antecedentes? Rápido.*

Luis (R1) piensa uno segundos, chequea en sus escritos: *Enfermedad de Parkinson hace seis meses.*

Lucas (R3) le corrige amablemente: *No digas enfermedad de Parkinson, decí parkinsonismo. Es un detalle, pero el significado es diferente. No se sabe si tiene enfermedad de Parkinson.*

Pablo confirma: *¿Le clavaste un PCA, no?*

Luis (R1): Sí.

Joaquín (R3): *¿Le hicieron tacto rectal abajo?*

Luis (R1): *No, faltó el tacto rectal y fondo de ojos.*

Joaquín (R3): *¿Examen neurológico?*

Luis (R1): *Si.*

Y lee el laboratorio de guardia. Luego continúa: *Están el electro y la placa.*

El electro está al lado de la computadora, Luis (R1) pide a Luciano (R1) que se lo acerque. Saca la placa de la carpeta y le alcanza ambas cosas a Pablo, que los mira y dice: *El motivo de la internación claramente es la infección urinaria. El edema no lleva a la internación, ya estás capacitado para interpretar a un paciente. Cuando contás a un paciente, tenés que saber por qué se interna, y tenés que englobar al paciente por síndromes. ¿Qué nos importa aparte de la infección urinaria? Si tiene fiebre, por ejemplo. Eso es lo que nos tenés que contar, vos nos tenés que enfocar a eso. Siempre lo mismo: antecedentes, signos vitales, examen físico, laboratorio y exámenes adicionales que llevan al diagnóstico de internación. Y tenés que enfocarlos por síndromes. Cuando se lo contás a Albornoz lo tenés que organizar así.*

Luis asiente.

8:00 hs. Lllaman por teléfono de la sala once de internación para avisar que llegó Aguirre (jefe de la sala once). Luciano (R1) y Mariana (R3) se ponen sus guardapolvos y salen con el carrito que tiene las carpetas de la sala. El R3 a cargo de la sala es Roberto, pero como en los últimos días tuvo algunas actitudes que Pablo consideró irresponsables, decidió cambiarlo a la sala quince, y que otro R3 se hiciera cargo de la sala once. Mariana (R3) entonces ocupa su lugar. De todas maneras, Roberto (R3) hoy no concurre al hospital⁷¹, ya que es su día libre.

Pablo retoma el pase: *¿Nada más con el ingreso? ¿Quién se lo queda?*

Los R1 se miran, cada uno repasa cuántos y cuáles pacientes tiene, Tamara (R1) resuelve: *Yo me lo quedo.*

8:15 hs. Habiendo terminado con el pase de guardia, los R1 comienzan a levantarse de la mesa. Entran a un espacio contiguo -en el que hay un baño y dos pequeñas habitaciones con una cama cada una en la que duermen estando de guardia, y lockers en los que dejan sus pertenencias- a prepararse para comenzar el día. Se ponen los guardapolvos, conversan.

⁷¹ A partir del segundo año, los residentes comienzan a insertarse laboralmente fuera del hospital, por lo que hay un día a la semana que no concurren al mismo. Retomaremos este tema más adelante.

Pablo les pregunta, levantando la voz, pero con tono de broma: *¡¿Qué hacen acá todavía?! Vayan a la sala, ¡hoy los quiero acá a las 12:30 para el pase!*

Luis (R1), Soledad (R1), Pedro (R1) y Ramiro (R1) salen hacia la sala quince. Tamara (R1), empujando el carrito con las carpetas de los pacientes, los sigue.

Los R3 y el jefe de residentes se quedan tomando mate en la sala de residentes. Me quedo conversando con ellos. Pablo está preocupado, comenta que no sabe cómo resolver la situación con Ramiro (R1): *Ya le di mil oportunidades, pero se manda una atrás de otra. A esta altura del año todavía no está para dejarlo solo de guardia, no conoce a los pacientes, no tiene sentido de alerta. Tampoco puede tener pacientes a su cargo, no está para hacerse cargo solo. Va a tener que hacer el primer año de nuevo. Y por ahora no le demos pacientes. Que le ayude a Pedro, y se quede de guardia con él.*

Federico (R3): *Sí, me da pena, es un buen tipo, pero no le da. Tendrías que hablar con él, ¿no?*

Pablo: *Sí, voy a hacer eso. Es una cagada, justo en el verano tener un R1 menos. Pero bueno, ya se mandó muchas. Igual la internación está restringida, así que por ahora no es tan grave. Che, hablando de eso, hoy tengo reunión en rectorado⁷², no voy a poder ir a la recorrida. Por favor, pónganse las pilas con Albornoz.*

Juan (R3) y Joaquín (R3) le preguntan sobre la situación del hospital, conversamos un rato al respecto.

Luego Pablo se retira a la reunión y los R3, luego de buscar sus guardapolvos y ponérselos, se dirigen a la sala quince. Saco el guardapolvo de mi bolso, me lo pongo, guardo mi libreta en un bolsillo y, luego de apoyar mis pertenencias sobre una de las camas de los cuartos contiguos, los acompaño. La sala quince está ubicada en el extremo opuesto a la sala de residentes del pasillo del piso once.

Allí, encontramos a los R1 revisando a *sus* pacientes: cada uno tiene un número similar de pacientes a su cargo, por los que responden y de quienes son responsables. Uno a uno los van examinando, les toman la presión, los auscultan, los palpan. Debido al momento particular que se está viviendo en el hospital, son pocos los pacientes internados, por lo que la actividad de los residentes es mucho menor a lo habitual⁷³. Los R3 recorren la sala, preguntando a los R1 si necesitan consultarles algo, ven a alguno de los pacientes. Soledad (R1) está recibiendo a una paciente recientemente ingresada, por lo que Juan (R3) se dirige a

⁷² Pablo preside la Asociación de Residentes junto con el jefe de residentes de otra cátedra.

⁷³ En el transcurso de los tres meses en los que concurrí al hospital, hubo momentos en que el mismo funcionó con su capacidad plena, aunque gran parte de los meses de enero y febrero la actividad cotidiana y la internación de pacientes se vio afectada enormemente por la situación político-financiera. En el mes de marzo de 2007, la Universidad de Buenos Aires intervino el hospital y de alguna manera la actividad poco a poco volvió a retomar su cauce habitual.

la habitación en la que quedará internada la misma para colaborar con la R1 en su recepción. Entro con él, y nos presenta a ambos: *Buenos días señora, soy el doctor Nuder.* –Y señalándome a mí, sonriente - *ella es la doctora Antropófaga.*

Siguiéndole la broma, saludo: *Mucho gusto, señora.*

Soledad, comienza a hacer preguntas a la paciente, completando el formulario de ingreso que ubicó en la carpeta que abrió para la señora. Luego de unos minutos me disculpo y salgo. Me acerco a la habitación contigua, allí está Tamara (R1), volviendo a revisar al paciente que ingresó ayer, al que recibió Luis (R1). Lo hace con más detalle que al resto.

Una vez que Tamara (R1) termina con todos, se sienta en la entrada de la sala, y en el mostrador escribe las indicaciones de enfermería para el día siguiente y las interconsultas que luego va a ir a pedir. Se acerca Ramiro (R1) y le pregunta si tiene órdenes para ecodoppler. Ella le responde preguntando: *¿Ramiro, no lo hiciste todavía? ¡Eso hay que autorizarlo abajo! ¡Andá ya así te lo hacen hoy, si no te van a matar! Y no te preocupes que yo te cubro acá.*

Ramiro (R1) agradece a Tamara y rápidamente sale a realizar el trámite.

9:15 hs. Una vez escritas las indicaciones, Tamara (R1) se dispone a realizar sus *periféricos*, que constituyen gran parte de la actividad de los R1; esto es, salir al resto de las áreas del hospital para realizar trámites administrativos, solicitar estudios, pedir interconsultas. Le pregunto si puedo acompañarla, me responde en tono de broma que me ponga las zapatillas para poder seguirle el ritmo. Salimos de la sala quince, tomamos el ascensor principal hasta el primer piso, donde Tamara (R1) copia los resultados de algunos cultivos en el laboratorio. Reclama un *holter* para un paciente en el cuarto piso, recuerda tarde que debe pasar también por psiquiatría. En planta baja, en auditoria, debe tramitar unos estudios que –como el hospital no pagó a quien los venía haciendo- no se pueden pedir. Finalmente, como los pacientes son de Pami⁷⁴, van a poder realizarse. Hay que preparar las órdenes y los pedidos de ambulancia para el traslado para hacerlos. Tamara (R1) aprovecha el momento para completar los informes de los pacientes, sentada en un escritorio. Me dice que haciendo esto te perdés toda la mañana. Un muchacho que atiende al público está comiendo galletitas y nos convida. Tamara (R1) charla con él sobre las vacaciones. Al terminar con las autorizaciones, nos retiramos hacia el hall principal y esperamos el ascensor. Como hay mucha cola, después de unos minutos nos dirigimos a otro ascensor, que está dentro de la guardia externa. Tamara (R1) parece conocer bien por donde moverse para agilizar las subidas y bajadas. Subimos hasta el tercer piso, para pedir interconsultas en ginecología. Allí, la secretaria trata a Tamara (R1) muy amablemente, le habla de usted y le dice doctora. Después bajamos por las escaleras hasta patología mamaria -que según cree Tamara (R1) es en el primer piso, pero terminan indicándonos que es en el segundo-, a hablar con el médico a cargo. Entramos a un lugar del que nos derivan a otro. Seguimos recorriendo el hospital.

⁷⁴ Pami es el instituto argentino de servicios sociales para jubilados y pensionados.

En el sexto piso, entramos a urología, allí dentro atravesamos una puerta. Deja una interconsulta también allí y luego volvemos a subir al piso once donde, me dice, seguramente está por comenzar la recorrida.

10:20 hs. En la entrada de la sala de internación número 5, María, Albornoz y Balcarce⁷⁵ conversan con los residentes allí presentes; de a uno se van acercando todos los R1. Soledad (R1) acerca el carrito con las carpetas hasta donde están todos reunidos. Gonzalo (R4) y Agustín (R4) llegan a la sala y saludan. Albornoz propone: *¿Vamos a ver a los enfermos?*

Joaquín (R3) les avisa: *Hubo dos ingresos, uno ayer y otro esta mañana. Si quieren empezamos con ellos.*

Balcarce: *¿Así que se reabrió la internación?*

Federico (R3): *Bueno, en realidad siempre estuvo restringida pero nunca suspendida. Y ahora parece que de a poco se están aceptando algunos ingresos. Mientras la guardia esté abierta es muy difícil no aceptarlos.*

Joaquín (R3): *Y la verdad es que no tiene mucho sentido seguir recibiendo pacientes en estas condiciones, para tener que derivarlos o dejarlos internados sin poder hacerles nada. Ahora pareciera haber insumos otra vez, no se sabe muy bien de dónde. Un oasis en el desierto. No hay todo, pero es algo.*

Albornoz: *Demasiadas cuestiones políticas, los gremios son los que manejan todo. Así estamos. Vamos a lo nuestro, veamos los ingresos.*

Juan (R3): *Tami, ¿por qué no contás el primero?*

Allí mismo, en el pasillo, Tamara (R1) con la carpeta del paciente en la mano comienza a leer: *Sinder Alberto, de 79 años de edad.*

Albornoz la interrumpe para preguntar: *¿Mariana donde está?*

Cuando Federico (R3) le dice que está en la sala once, reacciona muy mal, grita: *¡Pero esto es un desastre, ustedes hacen lo que quieren! Yo soy el jefe de la sala, ¿cómo puede ser que roten sin avisarme?*

Federico (R3) intenta explicarle, pero Albornoz no se lo permite y sigue gritando: *¡Estoy deseando que termine esta residencia para ver si vienen residentes como la gente, me tienen podrido, esto es una vergüenza! Mariana se va, se queda éste que ni conoce a los enfermos, ¡no puede ser esto!*

⁷⁵ María Pérez es médica de planta. Albornoz y Balcarce jefes de la sala de internación. Si nos referimos a la primera con su nombre de pila lo hacemos reproduciendo el modo en que residentes –y jefes- lo hacen.

Federico (R3), sin responderle, se va. El resto del grupo, un tanto sorprendido, permanece sin decir palabra. Tamara (R1), ante un gesto de Joaquín (R3), comienza a *contar* a los jefes al primer paciente, leyendo de la carpeta: *Sinder Alberto, 79 años. Motivo de la internación: disuria, polaquiuria y fiebre de 15 días de evolución.*

Continúa con los antecedentes, la inspección al examen físico, los datos de laboratorio. Una vez que termina, todos ingresamos a la habitación para ver al paciente. Este se encuentra en una de las camas. A su lado, otro paciente, Muccio, lee una revista. Los jefes, María y los residentes saludan a ambos, alguno de los R1 se sienta en la cama de Muccio; Albornoz y Balcarce se paran, con María detrás, al lado de la cama de Sinder. Los jefes lo revisan, le hacen algunas preguntas que el paciente responde. Luego, dan indicaciones a los residentes acerca de los estudios a pedir y el tratamiento a seguir, que Tamara (R1) anota en un pequeño cuaderno. Albornoz agrega: *Pidan la interconsulta a urología. Pero ya saben que no quiero interconsultas con residentes, tienen que conseguir que venga gente de peso. Si no, que ni vengan.*

Luego de despedirse del paciente, y de su compañero de cuarto, todos vamos saliendo de la habitación. A Muccio no es necesario revisarlo, ya todos lo conocen, está desde hace unas cuantas semanas esperando para ser operado de la cadera.

En el pasillo, Balcarce propone: *¿Vemos el otro ingreso? ¿En qué cama está?*

Joaquín (R3) le responde: *En la 11, al fondo.*

Todos nos dirigimos por el pasillo hacia la habitación. Soledad (R1), con la carpeta abierta en la mano empieza a leer: *Rosaura González, es una paciente de 65 años de edad. Como antecedentes tiene hace 18 años hiato esofágico.*

Albornoz: *Usá el mismo criterio todo el tiempo, por favor. ¡No se entiende nada, si no! ¿Me vas a decir la edad del paciente, o el año?*

A Soledad (R1) se la nota un tanto nerviosa, pero sigue con voz firme: *Hace aproximadamente 4 meses empieza con intolerancia a sólidos, y desde enero tolera sólo líquidos. Le hacen una endoscopia con biopsia y encuentran una estenosis a nivel del tercio medio. La paciente ya viene estudiada, en un hospital de provincia. Estaba en plan de tratamiento quirúrgico pero por cuestiones de organización no se pudo hacer todavía, por lo que se interna acá para ser operada.*

Balcarce: *¿Alguna enfermedad asociada?*

Soledad (R1): *No. Sólo el reflujo crónico.*

Albornoz: *Bueno, vamos a verla.*

Joaquín (R3) dice en voz baja a Luis (R1) y Tamara (R1): *El que se la quede que anote, que Albornoz y Balcarce la van a interrogar. No me importa quién sea, pero presten atención.*

Tamara (R1) le responde, también susurrando: *¡Es de Soledad!*

Todos ingresamos a la habitación. Balcarce y Albornoz saludan a la señora. Ella les cuenta que hace unos días se está sintiendo muy mal, que vomita inclusive los líquidos.

Balcarce: *¿Ahora tiene mucha dificultad para ingerir sólidos?*

Rosaura González: *Directamente desde enero no como sólidos, sólo líquido.*

Soledad (R1): *Ahora nada de sólidos. De noviembre a enero semisólido, y ahora líquido.*

Balcarce pregunta a los residentes: *¿Pudieron franquearla?*

Joaquín (R3): *Sí, en el tercio medio.*

Albornoz se dirige nuevamente a la paciente: *¿Bajó mucho de peso, señora?*

Rosaura González: *Sí, 12 kilos.*

Albornoz le indica a Soledad (R1): *Desvestila, que así no se la puede revisar.*

Soledad (R1) se acerca, le pide a la señora que se quede solamente con el camisón. Albornoz la revisa. Le palpa el abdomen, le pide que se siente y le ausculta la espalda. Le dice: *Hondo por boca.*

Balcarce pregunta a la paciente: *¿El agua le pasa bien, señora?*

Paciente: *Sí, el agua sí.*

Juan (R3): *Ella dice que a la mañana vomita blanquecino.*

Albornoz: *¡No me mareen, déjenme escuchar a la paciente!*

Balcarce continúa: *¿Tiene mucha saliva en la boca usted?*

Paciente: *No.*

La siguen revisando. Albornoz le pregunta: *¿Ha tenido neumonía últimamente usted?*

Rosaura González: *No. Gripe solamente.*

Balcarce le pide que se acueste, la tapa y dejándole el torso tapado le destapa las piernas y se las revisa. Le pregunta: *¿Úlceras tuvo, de chica?*

Rosaura González: *No que yo sepa.*

Lucas (R3): *Tuvo una cirugía de várices.*

Albornoz: *Buena señora, vamos a ver qué se puede hacer.*

Balcarce: *Quédese tranquila, que todo va a salir bien.*

Antes de salir de la habitación llega Mariana (R3). Se la nota inquieta. Pide disculpas a Balcarce y a Albornoz. Este último se enoja nuevamente: *Esto es ineptitud, ¿cómo te vas a ir a la otra sala, sin avisar, sin consultarlo conmigo? ¿Y dónde está el jefe de residentes? ¿Se fue?*

Mariana (R3) responde: *Estaba acá, se fue a una reunión.*

Albornoz replica, irónico: *Revolucionario resultó, no les importa nada a ustedes. Anda de reunión en reunión en lugar de participar en la recorrida como corresponde. Voy a proponer un quinto año en el que tengan clases con Chávez, con Fidel Castro...*

Juan (R3) se mira con Mariana (R3) y decide responder: *Doctor, disculpe pero las cosas no están nada bien. Si no hacemos algo van a terminar cerrando el hospital.*

Joaquín (R3) lo apoya: *Y es cierto que es importante estar en la recorrida, pero en cualquier momento nos quedamos sin pacientes otra vez, y entonces sin recorrida.*

Albornoz lo interrumpe: *¡Encima me responden! ¿Vamos a ver las imágenes de la señora, por favor? A ver si aprovechamos el tiempo haciendo algo útil.*

Los R1 permanecen en silencio. María, mientras transcurre la pequeña discusión, discretamente hace algunas preguntas más a la paciente acerca de su estado. Luego, María y los jefes se despiden de González y todos salimos detrás de ellos.

Una vez en el pasillo, nos acercamos al lugar en el que está el visor. Soledad (R1) pone las imágenes allí. Las miran, Balcarce dice: *La señora vino para cirugía, el diagnóstico está claro, parece estar bien estudiada. ¿Es invasivo el tumor, no?*

Albornoz: *De todas maneras podemos analizar estas imágenes, que nos sirva para aprender algo.*

Balcarce mira la imagen, dice no entender algo. Con Joaquín (R3) intentan descifrarla. Luego pregunta: *¿Qué dice el informe?*

Soledad (R1) lo lee.

Balcarce: *Buena, definitivamente esto es quirúrgico. Habla con los cirujanos para ver quién la opera.*

Soledad (R1): *Es de servicio social⁷⁶.*

⁷⁶ Con esto, está indicando que la paciente no tiene ninguna obra social que le cubra la internación.

Albornoz: *No me importan las cuestiones administrativas. Esa enferma tiene que ser operada.*

Balcarce: *No la podés seguir demorando. Hablen con los cirujanos para ver cuál es la vía más rápida para tener quirófano. Si quieren cuando terminamos con la recorrida vamos a hablar a gastro. Bueno, sigamos. ¿Qué más tenemos?*

Juan (R3): *Seguimos con la cama 1, ¿les parece?*

Todos nos dirigimos hacia la primera habitación. En la puerta, Pedro (R1) se dispone a presentar al siguiente paciente, con la carpeta de la historia clínica en la mano: *Fleitas Hugo, de 50 años de edad, motivo de internación, adenopatías múltiples. Como antecedentes tiene hipertensión arterial medicada con Losartan e Hidroclorotiazida y dislipemia. En 2001 se le realiza una angioplastia coronaria con colocación de Stent a la DA. Además, tiene esteatohepatitis no alcohólica y una hernia inguinal derecha.*

Balcarce le pregunta: *¿La esteatohepatitis estaba medicada?*

Pedro (R1) le responde que no, y continúa leyendo: *Comienza su enfermedad actual en junio de 2006 en el contexto de evaluación prequirúrgica para hernioplastia programada, con hallazgos de adenopatías occipitales, laterocervicales, y supraclaviculares por su médico de cabecera. Evoluciona a partir de ese momento con registros térmicos de hasta 37.7º, con episodios de sudoración nocturna intermitente sin pérdida de peso. En agosto de 2006 se realizó una primera biopsia excisional de adenopatía occipital con diagnostico histopatológico de adenitis folicular. En septiembre de 2006 presentó cuadro de vías aéreas superiores por lo que recibió antibióticos y edema angioneurótico que resolvió con corticoides, persistiendo a la fecha con tos seca.*

Albornoz lo interrumpe: *Ordenate, querés. ¿No sabes contarle al enfermo? ¿No conocés a tu paciente? ¡Una cosa es leer y otra contar! Cerrá la carpeta y contalo.*

Pedro (R1) obedece cerrando la carpeta por un momento y sigue, algo dubitativo pero tranquilo: *En noviembre de 2006 se realizó una segunda biopsia de ganglio supraclavicular derecho y se detecta hiperplasia folicular y parafofolicular sin signos de especificidad. –Abre la carpeta y sigue leyendo-. Por citometría de flujo se observó... linfocitos B Policlonales 23%, linfocitos B con características de células centro germinales 10% y linfocitos T sin anomalías fenotípicas de 62%.*

Balcarce: *O sea que no se observa evidencia fenotípica de Linfoma No Hodking.*

Pedro (R1): *Exacto. A su ingreso se constató paciente lúcido, asintomático, signos vitales normales. Al examen físico, piel y mucosas normocoloreadas, sin edemas, adenopatías cervicales anteriores y posteriores, inguinales y crurales mayores a 1cm, duro elásticas, móviles, no adheridas a planos profundos ni dolorosas. Por ahora, tiene pedido un colagenograma y TAC abdominal y de pelvis, y sigue solamente con la medicación con la que ingresó.*

Albornoz propone: *Bueno, ¿vamos a ver al paciente?*

Todos ingresamos en la habitación. A pesar de ser esta doble, la otra cama está vacía.

Algunos se sientan sobre esa cama, el resto se para alrededor y Albornoz se sienta en una silla al lado del paciente. Balcarce y María se paran a su lado. Antes de comenzar a revisarlo, Albornoz dice: Otra cosa les quería decir con respecto al desorden que es todo esto. Yo estaba pidiendo una tomografía que me dijeron que no estaba, cuando en realidad la esposa del paciente se la había dado a Luciano, que muy alegremente se la guardó, en lugar de acercarse al jefe de sala y dársela con deferencia. ¿Como puede ser que pase esto?

Mientras el paciente espera, un gesto de sorpresa en su rostro y mirada cómplice a Pedro (R1), Mariana (R3) responde: tiene razón, no sé cómo llegó a manos de Luciano.

Albornoz: *Lo único que les pido es que sean ordenaditos. Yo soy ordenado. Y la sala del hospital es para mi como mi casa, y mi casa me gusta tenerla ordenada. Así que la gente que pasa transitoriamente por acá debe ser ordenada como lo soy yo.*

Nadie responde. Comienzan a revisar a Fleitas, que se encuentra muy bien predispuesto. María y Balcarce le hacen preguntas. Pedro (R1) se para al lado de los jefes cuando lo revisan. Balcarce le palpa los ganglios, les muestra una posición desde la cual se palpa el bazo. Pedro (R1) intenta hacerlo también, por indicación de Lucas (R3), pero Albornoz se lo impide, diciéndole: *Tenés toda la tarde para revisarlo.*

Luego le baja al paciente un poco el pantalón del pijama. Le palpa los ganglios inguinales, le señala a Mariana (R3) que también lo haga. Mariana (R3), en vez de hacerle caso, le indica a Pedro (R1) que se acerque: *palpale, es tu paciente. Este así lo hace.* Luego Albornoz sigue revisándolo, el hombre no se subió aún el pantalón. Mariana (R3) se acerca y le avisa: *ya puede subirse.*

Albornoz encuentra que los ganglios no están inflamados como informó Pedro (R1) al presentarlo. El paciente le dice: *Esto ya me pasó una vez, que de pronto la inflamación desapareció por unos días.*

Albornoz se indigna: *¡Eso ustedes no me lo dijeron! ¿Cómo podemos estudiar al paciente si no me dan la información necesaria? A este paciente le hiciste un mal interrogatorio. Esta no es la medicina que yo quiero que hagan. Ustedes tienen que saber interrogar al paciente, más que medicina, este es el oficio de saber preguntar. Acá se la pasan pidiendo el cultivo, el electro, el sedimento. Está mal eso. Muchas veces el diagnostico surge del interrogatorio. La clínica es eso, ustedes no saben nada. Si supieran pensar, podrían llegar a un diagnostico. Pero son un desastre. Ustedes sólo hacen tratamiento sintomático, así no se llega a ningún lado. Estos residentes me tienen cansado.*

Luego sigue revisando al paciente, pregunta a María qué nuevos estudios propone hacerle, Balcarce se muestra de acuerdo con lo sugerido por la doctora.

De la nada, y todavía en la habitación, frente a la cama del paciente, Albornoz pregunta: *¿Y por qué no hay ningún R3 en la sala once?*

Mariana (R3): *No es que no hay ninguno, es que ya teníamos que rotar.*

Albornoz: *¿Y qué fecha es esta para rotar? ¿Ven que hacen lo que quieren? Las residencias son transitorias, el jefe de la sala soy yo, tengo que estar informado. Se necesita continuidad, a ustedes no les interesan los enfermos.*

Se despiden entonces del paciente y todos salimos de la habitación.

En la puerta Albornoz dice a María: *Este enfermo es interesante para una clase.*

Y se dirige a Lucas (R3): *¿Por qué no me hacés un resumen con todo lo importante del enfermo? Después con eso yo preparo el Power Point.*

En el pasillo, nos acercamos al visor de imágenes. Pedro (R1) cuelga allí las tomografías y las miran. Albornoz hace preguntas, todos expresan suposiciones sobre lo que el paciente podría tener. Luciano (R1) cierra la puerta de la habitación para que el paciente no escuche.

Balcarce pregunta: *¿Qué más tenemos?*

Un enfermero viene a avisarle que lo buscan en la entrada de la sala. Éste se disculpa y se dirige hacia allí.

Albornoz propone: *¿Continuamos?*

Entramos a la habitación en que se encuentra la siguiente paciente. Es una señora de 105 años que fue internada con un diagnóstico de neumonía. La paciente está casi inconsciente, con una máscara de oxígeno. Luciano (R1) toma una carpeta del carrito y comienza a *contarla*, Albornoz pregunta de dónde salió el diagnóstico de neumonía. Le responden que en la guardia no le hicieron casi nada, que no tiene mucho sentido estudiarla mucho dado su estado, y su edad.

Albornoz: *¡No puede ser, tengo que venir yo y les cambio hasta el diagnóstico!*

La empieza a auscultar. Luciano (R1) entonces intenta contarle la historia previa de la paciente, Albornoz vuelve a interrumpirlo: *la enferma tuvo un accidente cerebro vascular hace un mes, y eso le dio una infección. Siéntenmela.*

Entre cuatro la sientan, la paciente no tiene tono muscular. Le escucha en la espalda, la vuelve a acostar. Y comienza a hacerle pruebas con los brazos y los pies, durante un rato, explicando los distintos procedimientos que utiliza. Hace preguntas, evaluando a los residentes. Le palpa la panza, de ambos lados, la paciente se queja por el dolor. No obstante esto, Albornoz aprovecha para continuar haciendo varias maniobras de revisión que, aunque no las requiere, sirven para que los residentes aprendan. La mujer sigue gimiendo quejas. Albornoz culpa a los residentes: *más daño le hicieron ustedes al diagnosticarle cualquier cosa. ¿Alguien tiene un martillo de reflejos?*

Nadie tiene. Así que dice: *¡Cuántos aplazos voy a poner cuando llegue la planilla de residentes! A todos les voy a bajar la nota. ¿Acaso ustedes vienen acá a aprender o a que les digan 'gracias por*

venir, sos magnifico'?

Pide a alguien un estetoscopio, lo utiliza como martillo. La mujer se queja más. Albornoz dice: *Ven, esto por no usar los elementos correctos.*

Luego agrega: *Habría que hacerle un tacto rectal. Vamos a hacerlo ahora, ya que no hay pacientes aprendamos algo.*

Pide que le traigan un par de guantes, luego la giran de costado. El jefe le hace el tacto y dice: *Tiene materia fecal. Hacele un enema.*

Todos se ríen tímidamente. Luego agrega: *Aunque sea con fines académicos vamos a hacerle unas tomografías.*

En el pasillo, todos se quedan parados conversando. Tamara (R1) me comenta en voz baja, indignada: *¿Para qué la tomografía? ¿Acaso la van a operar? ¡Pobre vieja! ¡El hospital está en crisis y este gordo pide tomografías para fines académicos!*

Albornoz comenta a Gonzalo (R4) y Agustín (R4), en un tono amable, de camaradería: *¿Ven cuando uno puede tomarse un tiempo con los pacientes lo que pasa? Si hubiera gente que cuando la sala está llena pudiera hacer una buena selección, nosotros nos enfocamos en los casos que valen la pena. Balcarce, María y yo vemos lo interesante.*

Gonzalo (R4): *Pero uno hace interesante los casos estudiándolos, cuando tiene tiempo como ahora. Una paciente de 105 años en otra situación no es interesante.*

Balcarce regresa, Albornoz le comenta el caso de la señora que acaban de ver. Todo el grupo, con los jefes a la cabeza, continúa con la *recorrida*. No son muchos más los pacientes internados. Desplazándonos por el pasillo, nos detenemos en cada una de las puertas de las habitaciones. Los R1 *presentan* a sus pacientes para los jefes, éstos les hacen preguntas – evaluando a los residentes; con la intención de facilitar la obtención de diagnósticos o modificando tratamientos- y les dan indicaciones en relación a los mismos. En algunos casos, no es necesario entrar a ver a los pacientes: los jefes ya los conocen, les alcanza con la información brindada por los residentes para continuar con el control de los mismos. En otros, luego de la presentación todos ingresamos a las habitaciones, y los pacientes son revisados por los jefes para luego hacer modificaciones en los tratamientos, indicar nuevos estudios o dar pautas para la obtención de diagnósticos, además de hacer preguntas a los residentes a modo de evaluación. Una vez terminada la *recorrida*, los jefes se despiden recordando que mañana hay ateneo de Massachusetts⁷⁷. María lo enviará esta tarde por e-mail para que puedan prepararlo.

⁷⁷ Dentro de las actividades académicas propuestas por la currícula de la residencia de medicina interna, una vez a la semana se realiza un ateneo general, en que participan todas las cátedras y –
76

11 hs. Al terminar la recorrida, los R1 continúan con los *periféricos*. Los R3, por su parte, regresan a la sala de residentes. Los acompaño. Allí encontramos a Federico (R3), que corrige una epicrisis⁷⁸ en la computadora. Juan (R3) le hace una broma sobre lo que sucedió con Albornoz: *¿Así que te tocó a vos ser el inútil hoy? Ni te calientes, ya sabés que el gordo nos odia.*

Federico (R3) le responde: *Ni me hables. Me tiene cansado. No sé qué problema tiene con nosotros, pero cada vez está peor.*

Mariana (R3): *Igual, todo bien, pero al pedo Pablo hizo ese cambio en cualquier momento. Es cierto que Roberto se viene mandando cagadas, pero no estuvo muy organizado que digamos. Y nos hace quedar mal a nosotros. Creo que voy a tener que hablar con Aguirre⁷⁹ si voy a tener que volver a la quince. Por lo pronto voy a ver qué pasó con la paciente de la mucormicosis⁸⁰.*

Joaquín (R3) pone agua para el mate, nos sentamos alrededor de la mesa y conversan sobre la paciente de 105 años. Juan (R3) le dice a Lucas (R3): *¿Ves boludo? Hay que estudiar a estos pacientes, aunque de la guardia venga con la idea de que se viene a morir, que no hay que hacerle nada... después cae Albornoz y te caga a pedos.*

Joaquín (R3): *Hay que hacerlo por el bien del paciente, no por lo que diga Albornoz.*

Federico (R3) pregunta qué pasó en la recorrida, Lucas (R3) le cuenta que a Albornoz se le ocurrió estudiar a la paciente de 105 años, que ingresó con una supuesta neumonía: *En la guardia ni le hicieron nada, la subieron para que se muera nada más. Ahora Albornoz le pidió una tomografía, le hizo un tacto rectal.*

Federico (R3): *¡Pobre vieja! ¡Habrà vivido tranquila toda su vida para caer acá y que le metan ese dedo morcillón en el culo!*

Juan (R3): *¡Habrà creído que llegó al infierno la pobre vieja!*

En tono de broma, siguen conversando sobre el diagnóstico de la paciente: *Algunos opinan que tuvo un ACV, otros que no. Gonzalo (R4) propone hacer una apuesta. Para saberlo,*

dependiendo del caso a presentar- se invita también a alguna especialidad. La idea es presentar a algún paciente internado para su discusión. Por otro lado, se lleva a cabo también una vez por semana un ateneo interno de la cátedra, en que se lee un caso publicado en Massachusetts y se trabaja sobre el mismo. Otro día de la semana se lee algún caso de otra publicación, el Uptodate, con objetivos similares. Alguno de los R1 es encargado de preparar el caso que se trabajará.

⁷⁸ La epicrisis es un documento que se entrega al paciente cuando se va de alta o es derivado, o eventualmente a la familia si muere. Es un resumen de lo acontecido durante su internación, que incluye los principales datos de la historia clínica del paciente (diagnóstico, tratamientos realizados, medicación recomendada y pronóstico).

⁷⁹ Jefe de la sala once de internación.

⁸⁰ Paciente internada en la sala once.

necesitan una tomografía. Es por esto que se comunica telefónicamente con este servicio y pide una tomografía de urgencia. Aceptan hacerla.

Soledad (R1) entra a la sala a buscar un estudio que dejó allí. Comenta que aparentemente quieren subir un ingreso de la guardia. Avisa entonces que va a buscar a Albornoz para, si todavía no se fue, preguntarle si se puede.

Joaquín (R3) le indica: *Dejá, no le preguntes. Yo ahora llamo a la guardia a ver qué es y lo resuelvo.*

Soledad (R1) se retira nuevamente para seguir con sus *periféricos*. Joaquín (R3) llama a la guardia, pregunta qué paciente quieren subir. Resuelve que una vez que Pablo regrese de la reunión, decidirá si se puede ingresar o no: *ya tuvieron dos ingresos hoy.*

Golpean a la puerta. Como estoy sentada cerca, me piden que abra. Un residente de psiquiatría entra, saluda y –extendiendo a Joaquín (R3) un papel que tiene en la mano- le dice: *Me dejaron esta interconsulta pero no entiendo muy bien qué es lo que quieren.*

Joaquín (R3) la toma, la mira y le explica: *Es una paciente con una hemiparesia. Pero nos parece que puede tener un componente psiquiátrico, eso es lo que queremos que vean. No nos queda muy claro el diagnóstico neurológico.*

Residente de psiquiatría: *Lo que no entiendo es que ponen hemiparesia/hemiplejía. ¿No es contradictorio?*

Federico (R3): *Sí, está mal puesto así. Pero bueno, la idea es que ustedes la interroguen a ver si tiene un componente histérico. Nosotros no podemos terminar de darnos cuenta.*

El residente de psiquiatría entonces va a ver a la paciente a la sala.

11.40 hs. Seguimos conversando y tomando mate. Juan (R3) pone música. Pablo vuelve de la reunión. Está cansado, dice, de ir a miles de reuniones en las que no se resuelve nada: *Vamos a confirmar la reunión de la asociación para el lunes, así contamos las novedades.*

Joaquín (R3): *Si la reunión es el lunes, ¿no habría que hacer publicidad?*

Pablo acuerda con él, y llama por teléfono a Javier, el otro presidente de la *Asociación*, para ponerse de acuerdo en cuanto a qué poner en el volante. Se sienta entonces en la computadora para diseñar un cartel, que luego colgarán en los distintos pisos del hospital, convocando a todos los residentes para la reunión de la Asociación de Residentes. Me pide ayuda para hacerlo, me siento a su lado y colaboro con él en el texto del mismo. Luego debe imprimirlo y sacar copias.

Frente a los comentarios de Pablo acerca de los resultados de las reuniones a las que está concurriendo, y su opinión acerca de la situación que se vive en el hospital, Gonzalo (R4)⁸¹ acota: *No hay que llorar más de la cuenta, no están tan mal las cosas. O sea, es un desastre, pero no es que no haya nada de insumos. Hay casos que se pueden atender y otros que no.*

Juan (R3): *¡Pero no se puede tener la guardia⁸² abierta y seleccionar los casos que se pueden resolver y los que no derivarlos! ¡No nos podemos exponer así! Ni nosotros ni los pacientes.*

Gonzalo (R4): *No es tan así, en la guardia supuestamente hay todo.*

Pablo: *¡Pero no se puede internar! Para derivar a los pacientes es preferible que no vengan.*

Gonzalo (R4): *¿Pero cuanto tarda una derivación de Pami? No tanto, no sean extremistas. Además el hospital está funcionando al 5%. No hay pacientes internados, no están entrando, está virtualmente cerrado. No es como la otra vez que el hospital estaba lleno y no había nada.*

Joaquín (R3): *¡No importa eso! Que esté casi vacío no implica que esté cerrado, puede caer cualquier paciente y puede dar la casualidad de que se te muera.*

Juan (R3): *No tenemos que permitir seguir trabajando en estas condiciones. Capaz hay para zafar con un paciente. Pero mirá si cae un Cromagnon⁸³, ¿qué se hace?*

Gonzalo (R4): *Bueno, también se puede infartar un edificio entero, ahí si cagamos. Pero no va a pasar eso.*

Pablo: *¿Y si pasa? ¿Dependemos del azar entonces?*

Agustín (R4): *El otro día una mina se murió después de 4 días en la guardia, no llegó a la terapia. Ya sé que a vos no te preocupa lo legal, a mí tampoco. Hasta que te pase algo. Además, ¿vos traerías acá a tu vieja?*

Gonzalo (R4): *No, en estas condiciones no.*

Joaquín (R3): *Listo. Si vos no lo harías, ¿por qué tenés que permitir que lo hagan otros?*

Gonzalo (R4): *No sean boludos, saben que en la mayoría de los casos se zafa con lo que hay.*

⁸¹ Y próximo jefe de residentes. Aunque aun no se realizó ninguna elección formal, el jefe de sala y los residentes lo tratan como si ya hubiera sido electo.

⁸² Se refieren a la guardia externa.

⁸³ "República Cromagnon" era una discoteca que, el 30 de diciembre de 2004 y durante un recital, sufrió un incendio provocado por un elemento de pirotecnia, que dejó como saldo 194 muertos y más de 700 heridos.

Agustín (R4): *Vos decís eso porque sos médico. Pero qué va a pensar ella (señalándome a mí, que estoy sentada con ellos a la mesa, pero no participo activamente de la conversación). ¡Estamos hablando de la vida o la muerte de la gente!*

Gonzalo (R4): *No te pongas romántico, no estamos hablando de ética sino de algo práctico.*

Juan (R3): *Más allá de que en la guardia haya de todo o no, así no se puede trabajar. Y la decisión la tenemos que tomar desde la Asociación de Residentes, no los dos que están en la guardia.*

Agustín (R4): *El otro día cuando nos reunimos con el director, el tipo aceptó cerrar la guardia; dijo que nosotros somos su mejor censor para saber cómo están las cosas. Pero parece que después fue él mismo a otorrino para ver cómo estaba la cosa y le dijeron que tenían de todo. ¡Si no somos coherentes con lo que decimos y hacemos no vamos a conseguir nada!*

Gonzalo (R4): *Yo no digo que la situación no esté mal, pero acá hay cuestiones políticas de por medio.*

Pablo: *Seguro que hay cuestiones políticas, por eso mismo nosotros tendríamos que mandarnos solos no en función de la política sino porque somos los que pagamos el pato de todo. Hay que abrirse. No tenemos que pedir permiso para hacer paro. Se hace y listo. Si por las buenas pedimos que se cierre la guardia y no se cerró, tenemos que plantarnos y hacer paro.*

Gonzalo (R4): *El único costo que tiene cerrar la guardia es político.*

Joaquín (R3): *Los únicos que quedan mal con eso son los de la dirección, y a nosotros nos tienen que chupar un huevo.*

Juan (R3): *Como médicos no nos afecta que el hospital cierre unos días.*

Joaquín (R3): *Para nuestra formación, no nos cambia que cierre una semana o un mes. Peor estar así.*

Agustín (R4): *No sabés lo que dijeron en la reunión de residentes. Un boludo dijo que hay que mantener la imagen del hospital. ¿Qué imagen? Sólo estamos cubriendo a esos dos tipos si no hacemos público esto.*

Pablo: *Nos usan de forros. Somos nosotros los que firmamos, los que damos la cara. Cuando a las dos de la mañana vos estás desesperado el jefe de guardia duerme en su casa. Quiero ver si los residentes decidimos no trabajar qué hacen los jefes en la guardia. ¿Se van a poner a atender ellos a los pacientes? ¿Van a correr ellos de madrugada?*

Gonzalo (R4): *¡Pero ellos ya lo hicieron, ya fueron residentes! A nosotros nos corresponde hacerlo.*

Juan (R3): *¡Pero no en estas condiciones! Los que quedamos pegados con cualquier cosa que pase*

somos nosotros.

Gonzalo (R4): *¡No sean ingenuos! ¿Acaso creen que el jefe de la guardia no es responsable por lo que pase ahí? Tiene más responsabilidad que el médico tratante, lo mismo el director del hospital. A lo sumo nosotros somos los que ponemos la cara.*

Pablo: *La cara y la firma. Si vos no podés salvar a un paciente por falta de insumos la responsabilidad es tuya. Realmente no se puede seguir así. Además parece un chiste, si el otro día en la asociación de residentes se decidió algo, se fue a hablar con el director para exigirlo y no pasó nada, ahora tenemos que ir y exigir que se cierre la guardia. No los dos que están ahí, sino todos.*

Juan (R3): *Nos están tocando el culo, nosotros no tenemos por qué exponernos a nosotros y a los pacientes por intereses políticos y económicos de otros. Se acabó. Tendríamos que hacer otra reunión, ponernos de acuerdo, y dejar de trabajar. ¿Ahí sabés como se arregla todo en un día?*

En eso vuelve el residente de psiquiatría. Y anuncia, en relación a la paciente a la que fue a ver: *no me pareció que tenga un componente histérico. Es difícil de determinar en una entrevista, pero por lo que estuve interrogándola no me pareció. Fíjense y cualquier cosa nos llaman de nuevo. Total hay tan pocos pacientes que podemos venir cuando quieran.*

Lucas (R3) le agradece. Pablo aprovecha para avisarle que el lunes hay una reunión de la Asociación, y le pide que transmita la invitación a sus compañeros.

Unos minutos después, Tamara (R1) llega con el carrito que contiene las carpetas de la sala quince. Se sienta en la computadora mientras espera que comience el *pase de sala*.

Los dos R4 saludan y se retiran.

13 hs Mariana (R3) entra y pregunta a Tamara (R1): *¿Dónde están tus amiguitos? ¿Por qué no los llamás? – y dirigiéndose a mi- Lo más difícil del día, recolectar a los chiquitos para el pase. Si me dijeras que la sala está llena de pacientes... pero la verdad no sé qué es lo que hacen, ¡siempre llegan a cualquier hora!*

Tamara (R1), desde el teléfono de la sala de residentes, llama a sus compañeros a los celulares, no sin antes quejarse por tener que hacerlo. Uno a uno van llegando.

Federico (R3): *¿Mientras tanto vamos pidiendo algo de comer? ¿Tami pedís?*

Tamara (R1) pregunta a todos qué quieren comer, toma nota y llama por teléfono para hacer el pedido⁸⁴.

⁸⁴ A pesar de haber un comedor en que los residentes pueden almorzar (y cenar cuando están de guardia) de manera gratuita, en general no utilizan esta opción y piden comida a los comercios cercanos, con su correspondiente costo monetario. Generalmente los becarios no piden comida al

13.30 hs. Soledad (R1) llega con el carrito de la sala once. Un *dispenser* de agua ubicado en la entrada de la sala impide que los dos carritos puedan ser dejados allí. Le sugiero a Luis (R1) que corra un poco el *dispenser* para que todo pueda entrar. Pablo me dice en tono de broma: *¡Cuánto poder, demasiadas órdenes para tu puesto!*

Juan (R3): *Dale, ya estamos todos. ¿Quién toma el pase?*

Pedro (R1): *Ramiro y yo.*

Todos se van sentando alrededor de la mesa, ubicados de una manera similar a como lo hicieron a la mañana. Esta vez, ocupo un lugar en el extremo del banco cercano a la puerta de entrada. Tamara (R1) se sienta en la reposera mientras escribe en una carpeta. Pablo le pregunta: *¿Y vos qué hacés sentada en la línea de poder?*

Tamara (R1) responde: *¡Ay, no tenía lugar! Ya me cambio...*

Se para y se sienta en una silla del tándem, en la mesa.

Federico (R3): *Bueno. Pasamos la sala once, y después Luis pasás tus pacientes primero que estás post guardia.*

Mariana (R3) pregunta dónde están los cultivos. Nadie los fue a buscar. Dice entonces: *se joden ustedes, se jode el que se queda de guardia. ¿Por qué no se arreglan entre ustedes y va uno cada vez? Así tenemos los cultivos para el pase, y ya los dejamos pegaditos en las carpetas. Si no el que se quede de guardia lo va a tener que hacer...*

Tamara (R1), con tono irónico: *Arreglemos. ¡Como siempre, se ocupa Tamara!*

Lucas (R3): *Después lo ven, dale, empecemos. ¡Sala once, cama 1!*

Luciano (R1) entonces comienza a pasar la sala once: *Cama 1, Márquez Rosa. Paciente de 64 años, motivo de internación: sepsis a punto de partida.*

Luciano (R1) continúa presentando a la paciente, mencionando los antecedentes, el examen físico, los resultados del laboratorio....Luego, mirando los cultivos, completa: *Tiene una salmonela 2 de dos.*

La reacción general es de sorpresa.

Lucas (R3): *Habría que cambiarle el nombre entonces.*

Joaquín (R3): *¿Cuál es la puerta de entrada de la salmonela?*

delivery como lo hacen los demás, por una cuestión de costos. Cuando pueden van a comer al comedor, o se llevan comida.

Federico (R3): *No se sabe.*

Tamara (R1): *¿La prótesis puede dar salmonela?*

Pablo: *Sí, puede ser. ¿Qué gérmenes colonizan en cadera? La salmonela no. Chicos –mirando a Mariana (R3), Federico (R3)- ¿lo buscamos para mañana? Podríamos leer algo sobre salmonela mañana después del pase.*

Lucas (R3): *Dale.*

Federico (R3): *Bueno, ¿algo más con ella?*

Luciano (R1) consulta su libreta: *Tuvo un registro de fiebre ayer, de 38.2. Y hoy al mediodía volvió a hacer otro registro sin descompensación dinámica. Está con un plan a 7 gotas, restricción hídrica y una ampolla de furo. La idea es hacerle una placa.*

Federico (R3) indica: *Hacela mañana. O mejor que la pida Pedro (R1) por guardia, así se hace temprano.*

Luciano (R1): *Y tiene disnea episódica cuando la movilizan. Se pidió una TAC helicoidal.*

Joaquín (R3) señala: *Esa va a haber que verla de guardia, también. El control de hoy es que orine, que tome mucho líquido. Pedro, la tenés que ver porque se puede ir a la mierda. Si la mina está oligúrica va a haber que ponerle una vía.*

Federico (R3): *¿No deberíamos ponerle una vía ahora, entonces?*

Pablo: *No, ¿por qué? No está indicada todavía.*

Federico (R3) explica: *Preventivamente, no da ponérsela de guardia.*

Joaquín (R3): *Con ese criterio toda la sala once debería tener vía central preventivamente.*

Federico (R3): *No es así, ¡pero esta mina es muy probable que la necesite!*

Pablo resuelve: *Por ahora no. Pedro, ya sabés, si tenés que ponerle la vía de guardia, llamás al R3 para que te ayude. ¿Ok?*

Pedro (R1): *Listo.*

14:15 hs. Golpean a la puerta. Es el empelado del *delivery* que trae la comida que Tamara pidió. El pase se interrumpe, mientras el muchacho espera afuera Tamara calcula cuánto tiene que pagar cada una; recolecta la plata, paga y distribuimos la comida.

Junto con la llegada de la comida el *pase* se dispersa, Juan exclama levantando un poco la voz: *¡No atornillen el pase por favor! ¿Seguimos?*

Las voces comienzan a ralear, el silencio reaparece y Luciano (R1) continúa: *Cama 7, Brumbor Palmira, de 65 años. Es una sepsis en una paciente transplantada renal. Motivo de internación, disuria, tenesmo de una semana de evolución.*

Federico (R3) corrige: *disuria no tiene. Sería tenesmo, dolor en hipogastrio y escalofríos de una semana de evolución.*

Luciano (R1) acepta, anota lo mencionado por el R3 y continúa leyendo: *como antecedentes, hipertensión; transplantada renal en octubre del 98, en noviembre hizo un rechazo; múltiples infecciones urinarias; prolapso uterino; cirugía uro-ginecológica en agosto de 2005, urosepsis por Escherichia coli en febrero de 2006 y otra por E.coli ahora. Su enfermedad actual empieza así: en noviembre se va de alta, se vuelve a Misiones. Consulta a la semana por disuria y tenesmo. Le hacen un urocultivo y la mandan a en febrero para acá. Con todo el quilombo que hubo acá, la mandan al Italiano. Allí comienza tratamiento con ampi-sulbactam. Antes de terminar con el tratamiento empieza con los síntomas de infección urinaria y consulta ahora por eso. En nefro creen que es necesario internarla para que reciba tratamiento endovenoso. Al examen físico, signos vitales 100-60 de TA, frecuencia respiratoria de 16. Aparte, está con temperatura elevada. Como datos positivos, en el abdomen, dolor en los puntos uretrales, fragilidad capilar. Además, tiene enfermedad de Chagas. Refiere que hace un mes viene teniendo disnea, y que empezó todo con un dolor precordial clase funcional 2, que cesó cuando paró la deambulacion. Desde ese momento manifiesta disnea a pequeños esfuerzos.*

Federico (R3): *Parece una infección urinaria en una paciente inmunocomprometida.*

Luciano (R1): *Va a quedar con un catéter intermitente con atenolol, losartan, aspirina, vasotenol 1 comprimido día.*

Pedro (R1): *¿Algo de guardia queda con ella?*

Pablo: *Por ahora es control de balance nada más.*

Luciano (R1) termina de contar a todos los pacientes de la sala once; luego continúan con la sala quince. Luis (R1), que está *post guardia*, pasa sus pacientes.

Pedro (R1) pregunta a Ramiro (R1), dado que ambos quedarán de guardia: *¿Vas anotando, no?*

Éste asiente.

Una vez que Luis (R1) termina, se retira a la habitación, a *evolucionar a sus pacientes*⁸⁵. Sus compañeros siguen con el resto de la sala.

Soledad (R1): *Cama 13...*

Pablo lo interrumpe: *Quiero ver la tomo de ella solamente.*

Soledad (R1) responde rápidamente: *La estaban informando.*

Pablo, mordaz: *¿Tengo que creerte?*

Soledad (R1), ligeramente ofendida: *¡De veras!*

Pedro (R1): *¿Cómo se llama la señora?*

Soledad (R1): *Ofelia Morales.*

Pedro (R1): *Tírame el titulito.*

Soledad (R1) piensa: *Sería tricitopenia...*

Mariana (R3) completa: *Y esplenomegalia en estudio. Dale, ahora sí.*

Soledad (R1): *Bueno, está con fiebre, 37, 5 rectal. Al examen físico...*

Pedro (R1) le pide que le repita algunos datos, y los anota. Soledad (R1) continúa: *Los signos vitales son normales. Quedan pendientes para el lunes la tomo y la biopsia. Hemato pidió dosaje de EPO y elevación de peroxidasa.*

Lucas (R3): *¿Qué les sugiere?*

Soledad (R1): *No les queda claro. Creen que es mielofibrosis.*

Joaquín (R3): *Bueno, igual pedile haptoglobina.*

Soledad (R1): *Ya está pedido. Están buscando si no hay otro anticuerpo.*

Lucas (R3): *¿El hemograma?*

Soledad (R1) chequea su carpeta: *Anemia acompañada por leucopenia, trombocitopenia.*

⁸⁵ Esto es, completar en la carpeta con la historia clínica de cada uno los datos relacionados con su internación, actualizados con la información del día. Muchas veces, lo que se escribe se limita a ser una copia de lo *evolucionado* el día anterior.

Joaquín (R3) resuelve: *Hay que hacerle hemograma todos los días, inclusive en el fin de semana, porque viene en descenso.*

Mariana (R3): *Si se pone neutropénica ya está aislada.*

Soledad (R1): *Sí, ya dejé las indicaciones puestas por si se pone neutropénica.*

Joaquín (R3) corrige, en tono didáctico: *No. Eso es una medida por si se pone neutropénica. Está mal dejarlo indicado. No dejes ninguna indicación, nada escrito. Por ahora no está neutropénica. El que está de guardia el domingo que chequee todas las indicaciones. ¿Estás vos, Luciano? Fijate eso entonces.*

Soledad (R1): *¿Si está neutropénica hace fiebre?*

Joaquín (R3): *Albornoz dijo que la mielofibrosis puede dar fiebre, y los demás síntomas que tiene.*

Soledad (R1): *Está cultivada. Uro y hemo cultivo.*

Federico (R3): *Si se pone neutropénica y febril, el que esté de guardia la evalúa.*

Joaquín (R3): *Lo que hay que ver es por qué está en descenso.*

Federico (R3): *Pero estrictamente es una neutropenia febril. Yo la pasaría a la sala once.*

Joaquín (R3): *Creo que habría que hablar con Albornoz antes de pasarla.*

Juan (R3): *¿Algo más, Sole, con ella?*

Soledad (R1): *Por ahora es fiebre para bajar, salvo que se ponga neutropénica.*

Pedro (R1) consulta: *¿Y le seguimos tomando la temperatura rectal?*

Lucas (R3): *No, bucal. – y en tono sarcástico agrega- Limpiá bien el termómetro antes, eh.*

La conversación se deriva, el pase se interrumpe por unos minutos. Soledad (R1) irrumpe, quejosa: *Me quiero ir a dormir, ¿podemos seguir con el pase?*

Joaquín (R3): *¡Dale, sigamos!*

Federico (R3): *¿Quién sigue? Cama 5, de Pedro.*

Pedro (R1): *Cama 5, Montes Mónica. 46 años. ¿Cefalea aguda sería el título?*

Mariana (R3) añade: *Cefalea en estallido más hemiparesia.*

Pedro (R1): *Antecedentes, epilepsia de 39 años de evolución, CA de cuello uterino diagnosticado a la edad de 33 años, hipotiroidismo tratado con levotiroxina de 15 años de evolución. Su enfermedad actual comienza con cefalea y cortina visual, de un momento para otro. Luego vómitos a chorro*

con posterior disminución de la cefalea. Refiere haber tenido fotofobia, diplopía y debilidad en el hemisferio izquierdo, aparentemente de desarrollo gradual. Por guardia, se constata paciente lúcida con hemiparesia del lado izquierdo. Se le realiza una punción lumbar, sacan 3 tubos. El primero da positivo, en el último ya no.

Joaquín (R3): *De todos modos no sabemos en qué contexto fue sacada la muestra, ni quién la vio. No es muy fiable.*

Pedro (R1): *Luego la evalúa neurocirugía y deciden internarla. El 7 de marzo le hacen una angiografía digital que no evidencia malformaciones vasculares.*

Lucas (R3): *Llama la atención la hipoestesia.*

Pedro (R1): *Hace dos meses refiere haber tenido una desorientación temporo espacial. El antecedente de epilepsia también tiene que ver.*

Federico (R3): *¿Pero qué tipo de epilepsia tuvo?*

Pedro (R1): *Epilepsia mioclónica juvenil, de los 7 a los 18 años. También refiere episodios de ausencias.*

Mariana (R3): *¿Jaquecas refiere?*

Pedro (R1): *No, cefaleas.*

Pedro (R1): *Hoy en la recorrida Albornoz indicó hacerle una resonancia con angio. Ya está pedida.*

Lucas (R3): *Albornoz y Balcarce piensan que tiene un componente histérico, ¿no?*

Joaquín (R3): *Sí, pero hoy vinieron a interconsultar de psiquiatría y dijeron que no les parece.- dirigiéndose a Pedro (R1) pregunta- ¿Vos dejaste la interconsulta en psiquiatría? El psiquiatra⁸⁶ vino a cagarse de risa. Pusiste hemiparesia/ hemiplejía. No se pone así, son contradictorias.*

Pedro (R1), algo tímido: *Me confundí.*

Lucas (R3) le explica: *La interconsulta tiene que ser dirigida y clara. Cuando estés afuera no podés mandarle a un psiquiatra una interconsulta así, se va a cagar de risa. En la interconsulta no estaba puesto lo que nosotros queremos de psiquiatría.*

Pedro (R1) minimiza: *Pero acá ya sabemos cómo es. Lo importante de una interconsulta es que venga.*

⁸⁶ Con "el psiquiatra" se refiere al residente de psiquiatría.

Federico (R3): *Está bien, es desatención, no pasa nada. Sólo te decimos para que lo tengas en cuenta.*

Juan (R3) agrega: *Y en medicina, las abreviaciones son específicas de tu campo. Un psiquiatra o un traumatólogo capaz no las entienden, así como vos no entendés cómo abrevian ellos. Por eso hay que ser lo más claro posible.*

Pablo, volviendo a la paciente: *Hay que hacer un examen neurológico muy detallado y preciso.*

Joaquín (R3): *Es difícil de determinar el grado de subjetividad, porque las mioclonías no las puede inventar, ni tampoco el sangrado cerebral.*

Joaquín (R3): *Háganle un potasio mañana, y que le consigan magnesio.*

Pedro (R1): *Ok.*

Lucas (R3): *¿Para el dolor qué se le está dando?*

Pedro (R1): *La estábamos rescatando con morfina.*

Joaquín (R3): *¿Por qué no probamos con Supragesic, 1 cada 8?*

Federico (R3): *Sí, podría ser.*

Pedro (R1) avisa: *Ahora está con dolor.*

Pablo: *Cámbiaselo entonces. ¿Algo más con ella?*

Pedro (R1) se fija en la carpeta: *Nada.*

Mariana (R3): *Entonces lo único con ella de guardia es ver si tiene dolor. ¿Queda algún paciente?*

Tamara (R1): *Sí, Sinder Alberto, en la cama 17. ¿El motivo de la internación es insuficiencia cardíaca?*

Pablo aclara: *No. Tiene insuficiencia cardíaca pero no es el motivo de internación.*

Mariana (R3): *Habíamos dicho hasta ahora que el motivo de la internación es disuria y polaquiuria.*

Federico (R3): *¿Y fiebre, no?*

Continúa Tamara (R1) con la presentación del paciente: *examen físico, antecedentes, resultados de laboratorio, tratamiento.*

Joaquín (R3): *No tiene puesto el Nalapril, que hoy dijimos a cara de piedra en la recorrida que lo tenía.*

Tamara (R1), con seguridad: *Sí lo tiene.*

Mariana (R3) duda: *¿Seguro?*

Tamara (R1): *Sí, seguro.*

Pablo: *¿Tiene cultivo? ¿Quién recibió a este paciente? Luis, no se te ocurrió tomarle un hemocultivo? ¿Es lo mismo una infección urinaria con 37.5? Se supone que se lo tendrían que haber pedido todavía en la guardia. Si el tipo con una infección urinaria te sube de la guardia con el electro, la placa de ingreso, y sin hemocultivo te tiene que llamar la atención y lo tenés que pedir. Es básico. Además el R1 pide un hemocultivo siempre. Lo que tendría que sorprenderte es que nosotros te digamos que no lo pidas, no que lo pidas. Bueno, este paciente es control de balance, hemogluco y cultivos. Tami, mañana bajalo a hacerse un fondo de ojo, pongámoslo a tiro. ¿Qué nos queda? ¿Nada? Terminamos entonces.*

Federico (R3): *Les aviso a todos que en la computadora dejé un artículo para preparar para mañana. ¿Quien lo prepara? -Mira a los R1-. Soledad, ¿lo preparas vos?*

Joaquín (R3): *Y pónganse de acuerdo para preparar el ateneo de Massachusetts. Y el que lo prepara que lo prepare en serio, y conteste cuando Albornoz pregunte.*

Pablo: *¿Nada más entonces? ¡Nos vemos mañana!*

Los R3 y Pablo se van retirando. Los R1 aún tienen bastante tarea por delante: deben terminar de *evolucionar* a sus pacientes. Se quedan sentados alrededor de la mesa, escribiendo y conversando al mismo tiempo.

Pedro (R1) dice a Ramiro (R1): *Vos empezá copiando la evolución de Sarlenga, cualquier cosa me preguntás.*

Soledad (R1) se va mañana de vacaciones. Una vez que termina de evolucionar a sus pacientes, se sienta con Pedro (R1) –que la reemplazará– en una esquina de la mesa para contarle con detalles uno a uno la situación de los pacientes a su cargo. Pedro (R1) toma nota. Al terminar, Soledad saluda a todos afectuosamente y se va, contenta. Me pregunta si a la vuelta todavía me va a ver, le respondo que sí y le deseo felices vacaciones.

16 hs. Uno a uno el resto de los R1 se retiran. Pedro (R1) y Ramiro (R1), que están de guardia, se disponen a recibir a un ingreso. Me despido de ellos hasta el día siguiente y bajo con sus compañero. En la planta baja, antes de salir del hospital, los R1 marcan tarjeta. Los espero mientras lo hacen, y una vez en la calle nos despedimos hasta el día siguiente.

Habiendo descripto etnográficamente el modo en que se desarrolla un día en la residencia, consideramos importante realizar una breve reflexión acerca del trabajo

etnográfico. Partiendo de la base de que es el investigador quien lleva a cabo todo el proceso de investigación, desde su concepción inicial hasta su redacción final, debemos tener presente que es imposible separar la tarea de obtención de información de la reflexión teórica que la misma trae consigo. Sucede que, como menciona Guber (2004), describir una situación es al mismo tiempo construirla y definirla. Desde esta perspectiva, la autora señala que los datos descriptos no provienen exclusivamente de los hechos observados ni son una réplica de los mismos: después de la intervención del investigador pasan a integrar sus intereses y a encuadrarse en su problema de investigación (evidentemente, el antropólogo pone especial cuidado en que sus intereses y sus objetivos no diluyan incontroladamente la realidad social que quiere conocer). Es así que debemos asumir que al realizar una descripción etnográfica estamos a su vez analizando los datos que describimos. Primero, porque a toda descripción antecede algún nivel de conceptualización, y la forma en la que describimos implica ya varios niveles de interpretación. Es decir, la descripción de lo observado y escuchado se hace indefectiblemente desde algún lugar, y la etnografía en sí misma no sólo reporta al objeto empírico de la investigación, sino que constituye una descripción (y con ella, una interpretación o análisis) de lo que el investigador vio y escuchó (Rockwell, 1987; Guber, 2001). El investigador, entonces, no es un recopilador, sino que produce información elaborada, que se construye en el proceso mismo de realización de su investigación.

En nuestro caso, este constructo que representa la descripción etnográfica del cotidiano en la residencia tiene sus particularidades: siendo un proceso dinámico, es evidente que no es posible dar cuenta en la descripción de un solo día la manera en que los hechos se suceden a lo largo de, por ejemplo, un ciclo lectivo completo. Primero, porque al ser una experiencia de formación en servicio es el hacer mismo el que permite la incorporación de conocimientos -prácticos y teóricos-, así como la modelación de subjetividades. De este modo, la descripción de la rutina desarrollada en los primeros tiempos en que ingresa una nueva camada de R1, iniciando los R3 -y el jefe de residentes- también su rol como tales, innegablemente variará en gran medida del relato que se pueda hacer a mitad del ciclo, y mucho más en los últimos momentos del mismo.

Por otra parte, considerando que el 'contenido' del que se nutre cada *pase*, cada *recorrida*, tiene que ver exclusivamente con casos puntuales establecidos coyunturalmente en función de los pacientes que se encuentran internados, es claro que el mismo variará cada día, en relación con su evolución y con el ingreso de nuevos pacientes.

Sin embargo, más allá de la variabilidad que podemos encontrar entre una jornada y otra, hay regularidades que se sostienen de manera similar día tras día. *Pases*, *recorridas*, *ateneos*, reproducen una y otra vez un modo de hacer, de decir, de razonar, de pensar. Considerando sólo el transcurso de un año, en que los residentes permanecen en uno de los roles propuestos desde la normativa (R1 ó R3, por ejemplo), la reiteración del modelo, encarnado en cada una de estas actividades, se realiza con un esquema similar más de setecientas cincuenta veces. Suficiente como para que las prácticas institucionales calen profundo y, modelando sus subjetividades, tomen forma en el accionar individual de cada una de las personas.

Capítulo IV. De entes liminales y ritos seculares. La institución se plasma en lo cotidiano.

“¡Ah, qué satisfacción; sufrir y torturarse, sacrificarse y quemarse en el altar, mas siempre en las alturas, dentro de categorías tan sublimadas, tan adultas! Satisfacción para sí mismo y satisfacción para los demás: realizar su propia expansión a través de milenarias instituciones culturales...”

Witold Gombrowicz, *Ferdydurke*.

La formación en servicio

Trabajo y formación conviven en el quehacer cotidiano de los residentes. La rutina diaria da cuenta de una coexistencia imbricada entre las actividades que tienen como finalidad la atención de los pacientes y aquellas que se realizan con fines educativos: la *formación en servicio* está presente en cada una de las tareas llevadas a cabo por los jóvenes médicos. Existen, sí, situaciones que son específicamente educativas: los *ateneos internos* de la *cátedra* y los *ateneos generales*, las clases del *curso de especialista*⁸⁷. Sin embargo, no nos es posible identificar instancias orientadas a la asistencia de los pacientes sin notar que en ellas está también presente el aspecto formativo⁸⁸. Es que al hablar de formación nos estamos refiriendo a una experiencia cognitiva más completa y compleja que al aprendizaje de

⁸⁷ Además de las tareas específicas de la residencia, quienes cursan la misma deben realizar la carrera de Médicos Especialistas Universitarios en Medicina Interna de la Facultad de Medicina de la UBA, cuya culminación les otorga un título de la especialidad.

⁸⁸ Bonet, en su trabajo *“Saber e Sentir: una etnografía da aprendizagem da biomedicina”*, acerca de la residencia hospitalaria en un hospital de la Provincia de Buenos Aires, hace una distinción entre los momentos en que la actividad se centra en lo asistencial y aquellos en que prima la formación (2004). En el caso que estamos analizando, si bien podemos identificar instancias exclusivamente formativas, no es posible ubicar ninguna en que la atención de los pacientes no funcione asimismo como espacio educativo.

conceptos teóricos y prácticos (Good, 1996)⁸⁹. La transmisión, artesanal, del oficio no se limita a la enseñanza de conceptos, de actitudes, de procedimientos. Como podemos observar en el relato anterior, el modo en que las actividades se van desarrollando implica para los jóvenes profesionales, además de la adquisición de nuevos conocimientos ‘médicos’ -recuperando aquí una distinción realizada por los mismos residentes-, el hecho de comenzar a formar parte de una institución, empezar a ‘ser’ médicos y representar ese rol. El transitar por la residencia excede al aprendizaje de nuevos conocimientos teóricos y prácticos, es más que una primera experiencia laboral. Las personas se constituyen como sujetos incorporando habitus y formando parte de un esquema institucional, del que comienzan a ser parte. La reiteración casi permanente de un modelo institucional, como sostiene Menéndez, se plasma sobre las prácticas y representaciones profesionales (1996) de manera que, si bien cada sujeto expresa su particularidad, lo hace formando parte de un sistema y representándolo.

Vale la pena, en este punto, retomar la tesis planteada por Mary Douglas en su libro “Cómo piensan las instituciones” (1986), en que se refiere a las mismas como a agrupaciones sociales legitimadas que

“guían de manera sistemática a la memoria individual y encauzan nuestra percepción hacia formas que resultan compatibles con las relaciones que ellas autorizan. Fijan procesos que son esencialmente dinámicos, ocultan sus influencias y excitan nuestras emociones sobre asuntos normalizados hasta un punto igualmente normalizado.” (1986:137)

⁸⁹ Byron Good, dedica un capítulo de su libro “*Medicine, Rationality and Experience*” al análisis de la formación de médicos en la instancia de grado. Desde una perspectiva fenomenológica, entiende a la medicina como una ‘forma simbólica’ a partir de la que se formula y organiza a la realidad de manera distintiva. La práctica médica –y su aprendizaje- exceden lo puramente técnico o teórico, pasando a formar parte de una experiencia cognitiva más compleja y completa. Aprender medicina no es solamente incorporar nuevos conocimientos, adquirir nuevas destrezas o asimilar estrategias para resolver problemas; aprender medicina es el proceso de comenzar a habitar un mundo nuevo. No solamente a través del conocimiento del lenguaje y los saberes médicos básicos se ingresa a dicho mundo: es el aprendizaje de prácticas y creencias más profundas y complejas lo que hace a los médicos involucrarse y formular la realidad de una manera específicamente “médica” (1996).

En el *pase de sala*, por ejemplo, los residentes participan, discuten y expresan sus opiniones, disintiendo en más de una oportunidad, entre ellos y con las opiniones de sus jefes, que no están presentes. Pero lo hacen remitiéndose a un esquema que les es expuesto una y otra vez, recordado y transmitido en cada una de las actividades que realizan, repitiéndose varias veces por día. Si en cada *recorrida de sala*, en cada *ateneo*, cada *pase de guardia* o *de sala*, de manera oral y escrita la forma de presentar a los pacientes, el orden en que se realiza y el vocabulario que se utiliza tiene determinadas características, así como la manera de analizar los casos, decidir qué estudios serán necesarios para hacerlo y así llegar a un diagnóstico y tratamiento, es evidente que los sujetos se constituirán como agentes socializados institucionalmente; sus individualidades serán particulares, pero –modeladas en un sentido– representarán de todos modos a la institución en que fueron forjadas.

En adelante, entonces, me dedico a explorar en el análisis de la residencia apelando a la noción de ritual en dos sentidos diferentes. En un primer apartado, concibo a la residencia en tanto rito de pasaje, por el que los jóvenes médicos atraviesan para emerger como médicos especialistas, siguiendo la propuesta teórica de Victor Turner (1980, 1988) y Van Gennep. En una segunda parte analizo ciertas instancias de la vida diaria en la residencia en tanto que actos ritualizados, basándome principalmente en los trabajos de Tambiah (1981) y de Moore y Myerhoff (1977).

Si utilizo, en ambos casos, la idea de ritual referida a procesos seculares, lo hago sumándome al uso que desde distintas posturas teóricas se da al concepto, ya no acotado a lo mágico o a lo religioso. El libro de Moore y Myerhoff, “Secular Ritual”, en el que analizan distintas ceremonias seculares desde la perspectiva del ritual, sosteniendo que las mismas pueden “presentar doctrinas incuestionables y pueden dramatizar imperativos sociales/morales sin invocar a ningún espíritu” (1977:3)⁹⁰; así como la introducción del trabajo de Leach “Sistemas Políticos de la Alta Birmania”, en la que explica que toda acción social tiene un aspecto técnico y uno expresivo, al que identifica con el ritual, “tanto si implica

⁹⁰ En inglés en el original, traducción propia.

directamente o no alguna conceptualización de lo sobrenatural o de lo metafísico" (1976: 35), son claros ejemplos de esto.

La residencia como pasaje ritual. Liminales ¿pero? Imprescindibles.

Al centrar nuestro análisis en las residencias médicas, nos estamos adentrando en un espacio que excede lo formativo para ser, al mismo tiempo, una experiencia laboral. En general, la primera experiencia laboral en la carrera de los jóvenes profesionales. Desde lo formal, los residentes reciben una remuneración por su trabajo, deben marcar tarjeta al ingresar al hospital y al retirarse⁹¹, y ejercen su profesión al estar a cargo de la atención de los pacientes internados⁹². Sin embargo, si bien los residentes ya no son estudiantes, tampoco tienen siempre y en todos los contextos el rol de médicos. El lugar que ocupan, ambiguo, es complejo: son médicos atendiendo pacientes al mismo tiempo que estudiantes en formación. O mejor dicho, no son ninguna de las dos cosas. Habiendo finalizado su carrera universitaria, se identifican como médicos, en oposición a su anterior status de estudiantes⁹³. Sin embargo, en el contexto hospitalario, y en oposición a los médicos -especialistas⁹⁴- que en el futuro serán, así como a sus jefes y los médicos de planta, tal vez no adscriban a la categoría de 'estudiantes' tal como lo eran, pero tampoco se identifican como médicos en tanto lo serán al terminar este proceso. Son, en cambio, 'residentes', como una categoría diferente y transitoria entre la anterior, de estudiantes, y la que adquirirán luego, como médicos especialistas.

⁹¹ El hecho de que además de marcar tarjeta en tanto trabajadores les tomen lista en carácter de "alumnos" da cuenta de la coexistencia de ambas esferas en la cotidianeidad de los residentes.

⁹² Incluimos a concurrentes y becarios en este análisis. A pesar de que su situación es diferente a la de los residentes, en la práctica ni sus actividades ni el modo en que actúan y se relacionan hacen que se distingan de los mismos, lo que no es un dato menor al pensar en esta institución en tanto formación, en tanto trabajo.

⁹³ En cuanto al concepto de identidad, véase la nota al pie número 50.

⁹⁴ En este punto, es menester aclarar que, si bien la medicina interna -y la medicina clínica- son consideradas como especialidades dentro de la profesión, aparece continuamente al mismo tiempo una distinción entre la clínica y las especialidades, como si la primera no fuera una de ellas.

La noción de rito de pasaje, a la que Víctor Turner -retomando la categoría introducida por Van Gennep- define como un proceso que indica y establece una transición entre estados distintos (considerando al concepto de estado como una situación relativamente estable y fija, culturalmente reconocida) (1980; 1988), puede resultar de utilidad para pensar el proceso que estamos analizando.

Quienes atraviesan un rito de paso están, en palabras de Turner, transformándose, y en el transcurso de ese período tienen propiedades distintas a las del estado anterior, y a las del estado por venir (1980). Van Gennep distingue tres etapas en ellos: separación, margen (o liminalidad) y reagregación (en Turner, 1980; 1988). Leyendo nuestro trabajo en clave de estas categorías podemos decir que el momento de egreso de la carrera universitaria y posterior ingreso a la residencia constituiría la primera etapa. Habiendo conseguido ingresar a la institución, y por lo tanto siendo ya parte de la misma, los residentes acceden al escalón más bajo de la cadena que los conducirá al lugar de mayor status. Su título, su ser médicos, es lo que les da la posibilidad de acceder a realizar la residencia. Sin embargo, una vez dentro de la misma, los residentes pierden el status adquirido en su formación de grado para pasar a ser, transitoriamente, residentes y con esto ir paulatinamente adquiriendo un nuevo status, que obtendrán luego de finalizar con esta etapa. De este modo, la residencia en sí misma aparecería como propiamente liminal, mientras que la agregación se iría produciendo paulatinamente con la incorporación -a partir del segundo año de residencia- al mundo laboral 'exterior' a la institución⁹⁵.

Turner centra su trabajo en el periodo liminal. Algunas de las características que adjudica al mismo nos serán de utilidad para analizar nuestro propio campo. Los entes liminales, para

⁹⁵ La especialidad de medicina Interna es particular a este respecto, dado que el título de médico obtenido en la formación de grado es suficiente como habilitante para ejercer en el campo en que un médico internista lo hace. De hecho, como veremos más adelante, los residentes trabajan afuera de esta institución antes de haber terminado de transitarla. En otras especialidades – como Cirugía, o Anestesiología, por ejemplo- el ejercicio requiere la habilitación que otorga la matriculación en tanto especialista, por lo que la fase de “agregación” se daría una vez terminada la residencia, por lo menos de manera oficial.

el autor, son necesariamente ambiguos, no están ni en un sitio ni en otro. Esta situación de ambigüedad y paradoja, de confusión de las categorías habituales, 'invisibiliza' estructuralmente a los entes liminales: ya no están clasificados, y al mismo tiempo todavía no están clasificados. No son ni una cosa ni la otra y al mismo tiempo son ambas (1980). En el caso que estamos analizando, observamos que la clasificación, intermedia, de 'residente' ubica a mis interlocutores etnográficos en ese lugar ambiguo, contradictorio que, dependiendo del momento, del contexto, los reconoce de una u otra manera. Pacientes, enfermeros y personal no médico los tratan como doctores, no sin ser concientes, sin embargo, de que ocupan un rol diferente al de los médicos de planta y a los jefes⁹⁶. Evidentemente, los pacientes no actúan de la misma manera cuando se encuentran frente a los residentes, al ser revisados, que durante las *recorridas de sala*, lideradas por los jefes. Lo mismo sucede con los enfermeros que también sitúan a los residentes en un lugar ambiguo: en principio, su antigüedad en el hospital antecede a la de los jóvenes médicos, y permanecerán allí una vez estos hayan culminado su residencia; además, la experiencia obtenida en su trabajo hace que muchas veces sean ellos quienes orienten a los residentes en los procedimientos a realizar⁹⁷. Al mismo tiempo, ubicándose en una estructura de poder en que el saber médico, hegemónico, siempre aparece como por encima de cualquier otro, hay una especie de respeto para con los residentes que se manifiesta en el trato cotidiano.

⁹⁶ Tanto la relación médico paciente como los vínculos que relacionan a médicos y enfermeras son muy complejos e interesantes. En este trabajo no se ahonda sobre los mismos, con la idea de hacerlo en una posterior investigación.

⁹⁷ Los residentes me manifestaron en reiteradas oportunidades que los enfermeros de la sala 15 no tienen la formación ni el compromiso que tienen, en cambio, las enfermeras de la sala 11. Soledad (R1) me cuenta: "*Las enfermeras tienen otro nivel, nada que ver con los de la sala 15. es que son todas enfermeras formadas, trabajan también en sanatorios. Las de la 15, algunas, son asistentes de enfermería. Además, más que nada, tienen otra actitud, otra predisposición. Allá se la pasan tomando mate, boludeando. Acá también boludean, pero no dejan que el ocio les afecte el trabajo. Nunca vas a encontrar acá un paciente sin atender, sin bañar. Están todos limpios, cambiados. Allá nada que ver*". Un ejemplo: Federico (R3) debía dar un medicamento muy específico a una paciente. Antes de consultar con "*infecto*", pregunta a Ana, enfermera de la sala 11, cómo y en qué dosis utilizarlo. Ella se lo indica y así se lo dan a la paciente.

Por otra parte, los jefes y médicos de planta, sus superiores, consideran a los residentes como a una categoría inferior de médicos⁹⁸ -que se deja ver en el trato que les dispensan-, pero médicos al fin, y médicos que accedieron a un lugar de privilegio por lo que, al mismo tiempo, los respetan por haber accedido al cargo que ocupan, y básicamente por el lugar que van a ocupar luego de transitado este período. No cualquiera accede a la residencia, y no cualquiera lo hace en el *Clínicas*. Ahora bien, a sabiendas de que accederán -o más bien, ya habiendo accedido- a los lugares de mayor elite y privilegio, los nuevos residentes deben someterse, como lo hace el jefe mayor Kanongesha de los ndembu de Zambia, a pruebas y humillaciones, que representan "...en parte, una destrucción del status previo y en parte una mitigación de su esencia con el fin de prepararles para hacer frente a las nuevas responsabilidades y reprimirles de antemano para impedirles que abusen de sus nuevos privilegios." (Turner, 1988:110).

Turner señala, en este sentido, que los entes liminales suelen tener una conducta

"...pasiva o sumisa, deben obedecer implícitamente a sus instructores y aceptar cualquier castigo que pueda infligírseles, por arbitrario que sea, sin la menor queja. Es como si se viesan reducidos o rebajados hasta una condición uniforme para ser formados de nuevo y dotados con poderes adicionales que les permitan hacer frente a su nueva situación en la vida" (1988:102).

Casi una descripción de los R1 que, habiendo accedido a realizar la residencia, y ubicados en el escalón más bajo dentro de la misma, aceptan cumplir con todo lo que se les pide, sean tareas médicas o no médicas (la realización de los *periféricos*, por ejemplo, da cuenta claramente de esto), se dejan maltratar por sus jefes y por *sus residentes superiores* (podemos observarlo rotundamente en *pases y recorridas*), no sin decir sentirse agredidos, pero sí "*reconociendo*" que esas son las reglas del juego y que, una vez atravesado ese primer

⁹⁸ Al referirse a una interconsulta con otra especialidad, Albornoz, el jefe de sala, aclara que es necesario "que venga alguien que sepa. Para que venga un residente, prefiero no hacer la interconsulta". Queda claro aquí el modo en que se ve a los residentes, no solamente a los que están a su cargo.

momento, el haberlo hecho les garantizará acceder a un nuevo lugar, con otras herramientas, otro reconocimiento y en nuevas condiciones. En términos de Turner, un nuevo estado.

Es que este sistema tan marcadamente jerárquico que -como vemos- caracteriza a la institución, está naturalizado como necesario, y de alguna manera legítima y justifica la posición de quienes se encuentran en los lugares más altos de la carrera. No es casual que Gonzalo, R4 que próximamente será el futuro jefe de residentes, justifique que sean ellos quienes deban "*correr, volverse locos por la falta de insumos*" y no los jefes, que ya fueron residentes y ya lo hicieron en su momento. Haber "*pagado el derecho de piso*" legitima el lugar de poder, y los residentes también aceptan ocupar el lugar en que se ubican porque saben que eso les garantiza acceder a éste en el futuro⁹⁹. De todos modos, el haber transitado todos por el mismo camino hace que justifiquen a quienes están más arriba, pero también que dentro del mismo grupo de residentes -dado que quienes ocupan los lugares más altos también estuvieron en los lugares más bajos, y hace muy poco tiempo- los R3 puedan, como me mencionó uno de ellos, "*entender*" e incluso "*no exigir o maltratar en demasía a los R1*", así como estos últimos aluden a recordar que sus residentes superiores estuvieron en el lugar que ellos ocupan para pedirles que sean un poco más contemplativos.

Esta diferenciación que aparece entre las distintas instancias que conforman a la residencia como totalidad, tratándose de un proceso que dura cuatro años y que está muy organizado en cuanto a tareas, derechos y obligaciones, así como regido por una organización jerárquica muy marcada, hace que apliquemos la caracterización que realiza Turner a nuestro caso, pero encontrando particularidades propias -que tienen que ver, principalmente, con la heterogeneidad existente al interior de la institución: nuestros interlocutores, aún siendo residentes, y con esto liminales, van ocupando distintos lugares en la red de relaciones de la que forman parte- que obligan a hacer una lectura tal vez heterodoxa de la tesis del autor. Turner refiere al período liminal como interestructural,

⁹⁹ "...la liminalidad implica que el que esté arriba no podría estar arriba de no existir el que estuviese abajo, y quien está arriba debe experimentar lo que es estar abajo" (Turner, 1988: 104)

ambiguo, homogéneo, aunque aclara que entre los neófitos y sus instructores, y en la conexión de los neófitos entre sí, existen una serie de relaciones que forman una 'estructura social' de carácter altamente específico, ya que entre instructores y neófitos se dan una autoridad y una sumisión plenas, mientras que los neófitos entre sí mantienen una igualdad absoluta (1980).

Como mencionamos en capítulos anteriores, el grupo formado por los residentes de la novena cátedra, se desdobra en cuatro subgrupos, con distintas características, correspondientes, según su antigüedad en la institución, a los grupos denominados como R1, R2, R3 y R4. La ambigüedad, la falta de status a la que hace mención Turner al referirse a los entes liminales, es más marcada para el grupo de los R1. Durante el transcurso de este primer paso, y de los estadios subsiguientes, los residentes van dotándose de status nuevamente. Ubicados en lo más bajo de la cadena, comienzan teniendo un sinfín de obligaciones a cumplir, y escaso reconocimiento por hacerlo. Mediante el paso del tiempo, y avanzando en el proceso, los derechos adquiridos aumentan, y disminuye el maltrato, la desvalorización. La realización de la residencia, el haberla realizado, es casi obtener status garantizado. Pero su primer año –que es el período que más acabadamente se acerca al estadio liminal presentado por Turner- es directamente llegar a lo más bajo del sistema, para después paulatinamente reintegrarse en la estructura, esta vez con distintas características, y ocupando un lugar de mayor poder. A partir de comenzar a ser R2 los jóvenes profesionales comienzan a trabajar afuera de la institución, insertándose ya como médicos en el mercado laboral, e insertándose con los beneficios que les da el estar realizando la residencia en un hospital de renombre, por lo que ya en este punto el nuevo estado que van adquiriendo se deja vislumbrar. Asimismo, como puede observarse en la anterior descripción, los residentes de tercer año ya actúan como 'médicos', toman decisiones y están a cargo incluso de sus *residentes inferiores*.

Por otra parte, otra característica *liminal* que tiene la residencia es su espíritu de camaradería, de homogeneidad y grupalidad (Turner, 1980). La novena cátedra funciona como un grupo (unificando aquí a las distintas camadas que forman parte de la cátedra), en

el que la responsabilidad es compartida, y la confianza es un pilar fundamental en el desarrollo de las actividades. Ahora bien, la contención que representa la residencia, su carácter grupal se limita al período en que se transita por la misma: la formación que se obtiene tiene que ver con la preparación para un trabajo futuro que va a ser individual. Una y otra vez se recuerda a los residentes que el trabajo fuera de la institución va a ser distinto, que no van a estar contenidos, que solos deberán enfrentarse a los pacientes. Una y otra vez se recuerda también que el trabajo dentro de la institución es grupal, y el compañerismo es un valor fundamental para sostener el quehacer cotidiano. Una vez más, los residentes, liminales, se encuentran un poco por fuera del sistema para el que se están formando y al que están accediendo. Un poco a resguardo del mismo.

La homogeneidad que caracteriza a este estado liminal, a medida que se transita el mismo, sin embargo, se va perdiendo y las individualidades van aflorando. Tan es así, que entre los R4 debe ser elegido el jefe de residentes para el ciclo lectivo siguiente, por lo que la camaradería que caracteriza al grupo comienza a mutar, de alguna manera, en competencia. La fase de reagregación va emergiendo, paulatinamente, aún cuando todavía son entes liminales, dado que todavía son residentes.

Ahora bien, si al pensar que los residentes, por estar transitando este período al que consideramos liminal, no forman parte de la estructura del hospital estaríamos cometiendo un error. Es que, más allá de ser integrantes transitoriamente del personal de la institución, lo cierto es que gran parte de la actividad que se desarrolla en la misma es realizada, de hecho, por ellos. Recordemos en este punto que el hospital, en el momento de realizado mi trabajo de campo, estaba atravesando un momento crítico a nivel financiero y político, que afectaba enormemente al quehacer diario, más que nada en relación con la falta de insumos que impedían la realización de gran parte de los procedimientos médicos habituales, por lo que por momentos, durante los meses del verano de 2007, la internación se vio restringida y

por ende reducida en número¹⁰⁰. La reacción de los residentes (considerados como colectivo en función de las decisiones tomadas por la Asociación de Residentes que los representa, más allá de posiciones individuales) frente a esta coyuntura, y su compromiso para con la situación, da cuenta de la importancia del trabajo de los mismos para el normal funcionamiento de la institución hospitalaria. Son ellos quienes atienden a los pacientes, quienes firman las historias clínicas, en definitiva, según sus propias palabras, quienes “*dan la cara*”. Recordemos también que son los residentes quienes reciben a los pacientes y realizan su seguimiento cotidiano, aún estando bajo supervisión de sus jefes. En el horario en que permanecen de guardia, una vez los jefes y médicos de planta se retiraron del establecimiento, sólo quedan residentes a cargo: un R1 de cada cátedra como responsable de sus salas de internación, un solo R3 en representación de las cuatro cátedras, al que acuden los R1 si tuvieran alguna situación que no pueden resolver por sí mismos. De ser necesario, además, se comunican telefónicamente con sus residentes superiores para resolver cualquier contratiempo. En todo caso, se deriva a los pacientes a terapia intensiva¹⁰¹. Si la Asociación decide realizar un paro, y los residentes no atienden a los pacientes, no hay quien lo haga. Es importante no desconocer este aspecto que como trabajadores, aunque desde un lugar transitorio, tienen. No es menor entonces el rol que tienen los residentes en el desenvolvimiento de las tareas hospitalarias.

Continuando con esta idea, situémonos en la recorrida, y apelemos a las palabras nativas. Me cuenta Federico (R3): “*en la recorrida, el jefe de sala guía el estudio del paciente, (...) se toman las decisiones de fondo. A veces no estás de acuerdo con lo que se indica porque el paciente fue mal contado, o porque el jefe no te dio bola cuando se lo contaste, pero lo hacés igual porque lo indicó el jefe. No siempre coincidís, pero lo hacés igual. Y nosotros tenemos un jefe bastante particular.*”

¹⁰⁰ Si bien el análisis de la situación crítica en sí y su complejidad excede los objetivos de este trabajo, no podemos dejar de tener en cuenta que es el contexto en el que la institución se desarrolla, tanto a nivel del sistema de salud como de la Universidad de la que el hospital depende.

¹⁰¹ En donde, no está de más aclarar, sí hay médicos de planta –internistas– de guardia, además de residentes.

Pensando entonces en el ejercicio del poder, encontramos que en esta instancia los residentes –principalmente los R1, que deben *contar* a *sus* pacientes- están siendo evaluados por sus jefes, que aprovechan la oportunidad para hacer preguntas sobre los pacientes, pero también sobre cuestiones que exceden los casos que están siendo tratados para abordar temas ‘*médicos*’ que los residentes deberían conocer. Pero no solamente eso. Dada la forma en que *pases* y *recorridas* están organizadas, como vimos anteriormente, queda muy claro quién ejerce el poder –sustentado en este caso en el saber-. Sin embargo, debemos señalar que más allá de quiénes sean los que toman las decisiones en última instancia, lo hacen con información otorgada por sujetos de menor status –y menor saber-. De hecho, quienes tienen un contacto directo, cotidiano y permanente tanto con los pacientes como con las fuentes de información que constituyen los interconsultores, los resultados de laboratorio y de los distintos estudios son los R1, el eslabón más bajo de la cadena. Y a medida que se va ascendiendo en la escala jerárquica, los datos son analizados y se toman las decisiones, pero con la base que da la confianza en que los R1 hayan brindado fehacientemente la información para proceder. Es cierto que los R3 están al tanto de la mayoría de las cuestiones, y que los *pases* constituyen una instancia en que se discute cada caso, desmenuzándolo y analizándolo, por lo que los datos son chequeados entre los residentes. De la misma manera que en cada *recorrida* los jefes actualizan sus conocimientos acerca de cada paciente, incluso revisándolos de manera personalizada. Sin embargo, nuevamente, la confianza en el R1 que transmite la información primaria no deja de ser la base que sustenta en gran medida la posterior construcción. Y más de una vez un error filtrado en esa instancia, ocasiona complicaciones en etapas posteriores. La confianza, entonces, resulta ser un mecanismo de control fundamental, más allá de toda la estructura jerárquica del saber.

De hecho, como esbozamos anteriormente, son los residentes quienes están al frente, en lo cotidiano, de las situaciones que se desarrollan en el quehacer hospitalario. Esto los ubica en un lugar en que, más allá de toda estructura jerárquica, son responsables de su accionar. Es decir, para que la información llegue a los jefes debe atravesar varios mecanismos de control. El hecho de que los *pases*, por ejemplo, se realicen solamente con la presencia de los residentes permite que éstos puedan ordenar y filtrar aquello que llegará a

conocimiento de sus jefes. Es cierto que para dar de alta a un paciente, o tomar decisiones de peso son los jefes de sala quienes deben no solamente estar al tanto sino dar la orden, pero hay muchas cuestiones 'menores' de las que no llegan a enterarse.

En este punto, es necesaria una aclaración: al referirnos a una distribución reticulada del poder, que no se ejerce solamente por aquellos que desde un lugar de autoridad lo denotan, no estamos sosteniendo que la institución en que estamos trabajando no se sostenga en gran medida en una estructura jerárquica y verticalista en la que, por cierto, resulta muy claro quién ejerce el poder. Muy por el contrario, lo hacemos pensando en el modo en que Foucault entiende al mismo. Es decir, entendiendo al poder como "la multiplicidad de las relaciones de fuerza inmanentes y propias del campo en el que se ejercen, y que son constitutivas de su organización; el juego que por medio de luchas y enfrentamientos incesantes las transforma, las refuerza, las invierte" (2008 [1976]: 89). El poder, para Foucault, está en todas partes y es omnipresente en la medida en que se está produciendo –y ejerciendo- a cada instante, en todos los puntos, y principalmente en la distancia de un punto a otro, en el juego de relaciones móviles y no igualitarias. Su condición de posibilidad, lo que permite volver inteligible su ejercicio, "no debe ser pensado en la existencia primera de un punto central, en un foco único (...) del cual irradiarían formas derivadas y descendientes; son los cimientos móviles de las relaciones de fuerzas los que sin cesar inducen, por su desigualdad, estados de poder" (op. cit., 89).

Dicho esto, debemos repensar en el hecho de que la residencia pueda ser entendida como un rito de pasaje, en el que los jóvenes médicos puedan ser caracterizados como entes liminales. Si desde todo punto de vista mis interlocutores al realizar la residencia están transitando por una instancia que, intermedia entre dos momentos, dota de un nuevo status a los sujetos, si encontramos que los jóvenes residentes se ubican en un lugar ambiguo, que se caracteriza además por la camaradería y homogeneidad que los vincula, observamos también que la tesis planteada por Van Gennep y retomada por Turner no se aplica directamente al caso aquí analizado: los tres momentos (separación, limen y agregación) descritos por estos autores no están representados exactamente, con los mismos límites, en la

institución que estamos presentando. Por un lado, porque encontramos momentos en los que, como vimos, se superponen las etapas de liminalidad y agregación. Por otra parte porque, como venimos mencionando, el carácter liminal de los residentes no los exime de ocupar un rol central en la estructura hospitalaria, que los vincula muy directamente con el resto de las personas. Sin embargo, y a pesar de esto, nos parece pertinente el uso de estos conceptos porque, lejos de querer encontrar un ejemplo entre los miles que se podrían buscar acerca de cómo el modelo de los ritos de pasaje toma forma, creemos que su utilización nos sirve para pensar, principalmente en ciertas particularidades que la residencia tiene en tanto momento de formación y modelación de subjetividades.

Incluso, si nos arriesgamos a ir más allá, podemos hipotetizar diciendo que justamente la liminalidad en que los residentes entran tiende a invisibilizar el papel central, y puramente estructural, que ocupan. Así, y siguiendo el espíritu de las palabras de Turner, cuando nos dice que estructura y antiestructura no son más que caras de la misma moneda, inseparables e incomprensibles si no es en su relación (1988), podemos explicar la importancia de nuestros entes liminales para el sistema del que forman parte al ubicar a los ritos de transición como parte de un proceso dialéctico entre estructura y *communitas*¹⁰², siendo ambos momentos mutuamente indispensables y conformando, en su relación dialéctica, a la sociedad (Turner, 1988).

Sin embargo, pensando en el rol que los residentes ocupan en el sistema, encontramos que no sólo hay momentos estructurales y antiestructurales, sino que el carácter aparente y en algún sentido realmente antiestructural de los mismos, coadyuva a oscurecer el hecho de que la estructura se sostiene, en grande medida, gracias a ellos. Es decir, los residentes no permanecen en pabellones aislados como lo hacen quienes transitan los ritos de circuncisión ndembu, no yacen envueltos en una manta al pie del *árbol de la leche* como lo hace la novicia

¹⁰² Instancia en que los individuos considerados en su totalidad se vinculan con otros individuos, también considerados como totalidad, de manera homogénea, anónima, carente de status, clasificaciones y propiedad, representando de este modo a lo inmediato de la interacción humana (Turner, 1988)

ndembu en el *nkang'a* (Turner 1980) ni, como miembros de movimientos religiosos milenaristas, "viven en los márgenes de la sociedad" (Turner, 1988). En este punto, apelando nuevamente a las palabras de Turner, podríamos decir que la liminalidad de la residencia tiene que ver con su invisibilidad estructural, no por su aislamiento sino porque las personas no pueden ser ubicadas en ninguna categoría: ni la previa ni la que obtendrán (1980). Una vez más, debemos reconocer que el caso que analizamos se aleja de algún modo de la tesis del autor: los residentes sí pertenecen a una categoría, existen como tales en la estructura de la que forman parte. Pero nuevamente, y a pesar de esto, consideramos a los mismos como transitando una etapa caracterizada por la liminalidad. Es que, podemos aventurarnos a pensar, lo que se invisibiliza en este ritual de paso tal vez sea el hecho de que, viviendo un aislamiento que no es tal, sostengan cotidianamente a la estructura de la que forman parte. Tal vez sea su carácter liminal, su invisibilidad estructural, lo que esconda de alguna manera su protagonismo, bien estructural.

Sin embargo, con esto tampoco estamos diciendo que sean los residentes 'víctimas' del sistema del que forman parte. Si bien podría pensarse que este proceso se caracteriza por la violencia simbólica que se ejerce sobre los jóvenes médicos - entendida por Bourdieu como "esa violencia que arranca sumisiones que ni siquiera se perciben como tales apoyándose en unas 'expectativas colectivas', en unas creencias socialmente inculcadas (...) [basándose] en una teoría de producción de la creencia, de la labor de socialización necesaria para producir unos agentes dotados de esquemas de percepción y valoración que les permitirán percibir las conminaciones inscritas en una situación o en un discurso y obedecerlas" (1997:173)- creemos que esta misma supuesta violencia cuenta -también en términos de Bourdieu- con una tasa de convertibilidad que le permite convertirse en el capital simbólico que se obtiene en el tránsito por la institución. Habiendo elegido estar ahí donde están, los residentes obtienen algo a cambio: no solamente su formación -en servicio- sino la garantía de culminar el proceso dotados de un nuevo status, que los reincorporará a al sistema ubicados en una nueva posición, con derechos y obligaciones que le serán propios. Es aquí, nuevamente, donde encontramos útil la utilización del modelo de rito de paso: la invisibilización estructural de los residentes, con las características del caso, forma parte del proceso

liminal que los mismos atraviesan para reagregarse a la estructura, esta vez como médicos especialistas.

En este sentido, recordemos que el tránsito por la residencia implica formación, pero también es la primera experiencia laboral para los jóvenes médicos. Si pensamos a la institución como una instancia en que se imbrican la formación profesional con la inserción laboral, podemos ubicar que una parte importante de este proceso tiene que ver con la formación de redes personales, además de académicas, laborales. Como decíamos en capítulos anteriores, la realización de la residencia en un hospital de renombre como es este dota a los jóvenes profesionales de un capital simbólico que, combinado con el capital social que también obtienen durante este proceso, les garantiza determinada inserción laboral durante y posteriormente al tránsito por la institución. Al mismo tiempo que la reproducción del médico –del jefe de sala, del jefe de residentes- en cada uno de los residentes (y la reticulada transmisión de esa reproducción, encarnada en los R3 que forman a los R1 y son a su vez formados por sus superiores) va generando un ejército de nuevos médicos que –con los hábitos adquiridos en esta etapa- se insertan laboralmente tanto fuera como dentro de la institución hospitalaria. Pensando ahora en términos de una institución mayor –el sistema biomédico- en función de la cual los residentes están siendo formados, y recordando que se desempeñarán como médicos fuera del hospital en que se están estableciendo como tales, podemos observar que este proceso, en tanto rito de pasaje, cumple con el fin institucional de formar profesionales acordes a las necesidades de un sistema, que se reproduce en cada uno de sus representantes.

Pases y recorrida, instancias ritualizadas

Venimos señalando que el tránsito por la residencia ubica a los jóvenes profesionales en una instancia liminal: no son todavía médicos especialistas, ya no son estudiantes; son residentes. Debemos pensar entonces de qué manera nuestros interlocutores van pasando de

un estado a otro, qué características tiene este estado de transición que los dotará de un nuevo status, y de esta manera analizar también cómo se irá éste conformando.

Coexistiendo el aspecto educativo con el ejercicio profesional, la rutina diaria en la residencia está enfocada en la formación de los residentes, al mismo tiempo que en el diagnóstico y tratamiento de los pacientes internados. Ahora bien, la manera en que esto se lleva a la práctica tiene que ver con la repetición sistemática de determinadas actividades que estructuran la cotidianidad: *pases* y *recorridas* se repiten día tras día manteniendo un patrón de acción similar. Si bien varía su contenido en relación con los pacientes que coyunturalmente están internados, conservan una forma estandarizada y formalizada.

Esta reiteración, estereotipada, de patrones formalmente establecidos nos hace pensar en *pases* y *recorrida* en tanto rituales¹⁰³. Especialmente desde el punto de vista de Tambiah, que entiende al ritual como

“un sistema culturalmente construido de comunicación simbólica constituido por secuencias ordenadas y patronizadas de palabras y actos, frecuentemente expresadas a través de múltiples medios, cuyo contenido y arreglo están caracterizados por variables grados de formalidad (convencionalidad); estereotipización (rigidez); condensación (fusión), y redundancia (repetición)” (1981:497)¹⁰⁴.

Comencemos pensando en el *pase -de sala o de guardia-*. Cada mañana al comenzar el día y cada tarde al finalizar la jornada, se desarrolla esta actividad, de la que solamente los residentes de la cátedra participan¹⁰⁵. Cada día, cada vez que se realiza, el *pase* se repite de

¹⁰³ Podríamos agregar también los ateneos, internos y de la cátedra, que se realizan semanalmente. Si nos limitamos a analizar *pases* y *recorridas* en tanto rituales no es porque estas otras actividades no lo sean, si no porque las primeras son, en definitiva, las instancias que estructuran y sostienen el quehacer cotidiano, repitiéndose día tras día.

¹⁰⁴ En inglés en el original, traducción propia.

¹⁰⁵ Más precisamente, solamente participan los R1, los R3 (incluimos a los becarios y concurrentes en esta caracterización) y el jefe de residentes y, eventualmente, los R4 que estén desarrollando su

forma similar. Desde la manera en que se ubican espacialmente hasta el trato que se da entre residentes *superiores e inferiores*, denotan un orden previamente establecido, basado en la estructura jerárquica que organiza a la institución toda. Asimismo, la forma en que la actividad se desarrolla, la manera en que cada uno de los R1 presenta a sus pacientes, respetando un orden y un modo, refleja un patrón que se cumple a diario. Si se trata del *pase de la mañana*, el R1 que estuvo de guardia actualiza para sus compañeros lo acontecido con cada uno de los pacientes internados. El objetivo primordial es informar a todo el grupo de residentes acerca de las novedades acontecidas durante la guardia, así como permitir que los R3 y el jefe de residentes controlen que el R1 que quedó a cargo haya realizado todo lo que se le asignó. Si se trata del *pase de la tarde*, cada uno de los R1 expone los casos de los pacientes a su cargo. En una y otra situación, se sigue un orden y se utilizan parámetros discursivos característicos, que son similares a los utilizados en la *recorrida*. Asimismo, los R3 y el jefe de residentes hacen preguntas y acotaciones, a la mañana verificando que durante la guardia se haya cumplido con todo lo indicado, a la tarde para discutir los casos, '*estudiarlos*' entre todos aprovechando que ni jefes ni pacientes están presentes, y dejar las indicaciones para la guardia siguiente. Esto se repite, con características similares, día tras día. Ambas situaciones cumplen, también, con la finalidad de formar a los residentes de primer año, transmitiéndoles conceptos y modos de proceder y de expresarse.

Este rol docente que los R3 y su jefe de residentes desempeñan merece un apartado especial. El transitar por la institución va dotando a los profesionales de un saber que les otorga poder, poder que al mismo tiempo tienen la 'obligación' de ejercer. Una vez habiendo ingresado, todos atravesarán todas las instancias. De este modo, los R1 se ubicarán en el eslabón más bajo de la cadena, pero los R3 tendrán la obligación de ser los encargados de orientarlos, ejerciendo un poder que adquirieron durante los dos años anteriores. Según el testimonio de Joaquín, R3, "*durante el primer año aprendés lo equivalente a lo que aprende un bebé en el primer año de vida*". Posiblemente el primer año sea fundamental en cuanto a la

rotación en el piso de internación. Además de los residentes pueden participar de esta actividad los rotantes.

adquisición de conceptos teóricos y prácticos, de la misma manera que en el comenzar a experimentar un mundo nuevo, parafraseando a Byron Good (1996). Sin embargo, el rol que se adopta al llegar al tercer año ubica a los residentes en un lugar que contribuye a su constitución como médicos, haciendo uso del poder que detenta su saber, como podemos ver claramente en cada *pase de sala o de guardia* descritos en el relato anterior. Como venimos señalando, constituirse como médicos es más que aprender cuestiones teóricas y prácticas: hacer uso del poder que denota el saber, también es parte de la formación que se obtiene al transitar por la residencia.

Situémonos ahora en la *recorrida de sala*. La imagen del gran médico portador de saber y merecedor de respeto, ubicado en un lugar de poder secundado por sus aprendices, recorriendo cama por cama, dando su veredicto acerca de cada paciente e impartiendo al mismo tiempo una clase magistral, aparece tradicionalmente en la literatura desde que la práctica médica es también hospitalaria. En palabras de Foucault, “el ritual de la visita [es un] desfile casi religioso, encabezado por el médico, de toda la jerarquía del hospital (...) ante la cama de cada enfermo. Este ritual codificado (...) señala la implantación del poder médico” (1996:118). Y es así como se repite a diario en la sala quince de internación. Una y otra vez el grupo así conformado recorre cama por cama. Cada R1 *presenta* a sus pacientes, siguiendo un esquema similar para hacerlo. El jefe le hace preguntas, evaluando al R1 e interiorizándose en el caso que éste le presenta. Lo hace de un modo particular, como pudimos ver en el anterior relato. Luego todo el grupo ingresa a cada habitación y se revisa al paciente, siguiendo otra vez el mismo patrón, el mismo esquema. La *recorrida*¹⁰⁶ es el momento en el cual los jefes de sala tienen oportunidad de conocer a los nuevos pacientes, o actualizar el estado de aquellos que ya estaban internados, revisándolos y dando indicaciones a los residentes para proseguir con su diagnóstico y tratamiento.

¹⁰⁶ Es importante mencionar que, según el testimonio que los residentes, en otros hospitales esta actividad no se realiza a diario con los jefes de sala, siendo el Clínicas una excepción al respecto. En el caso analizado por Bonet, por ejemplo, las recorridas con los jefes se hacen una vez a la semana, y el resto de los días la lidera el jefe de residentes (2004).

Al mismo tiempo, los jefes, mediante esta rutinaria actividad, transmiten su saber que, básicamente, se asienta en su vasta experiencia. Permanentemente repiten a los residentes que nada de lo que ellos les enseñan puede ser encontrado en los libros¹⁰⁷. Nuevamente, como pudimos observar que sucede en el *pase*, se transmite a los discípulos conocimientos prácticos y teóricos, pero el modo en que esto se hace no es un aspecto menor a la hora de analizar la manera en que se desarrollan las relaciones en la institución. Al igual que en el *pase*, la sola disposición en el espacio, da cuenta de un modo de organización. En este caso, una estructura jerárquica en que el saber es sinónimo de poder. Asimismo, el orden en que se presenta a los pacientes, la información que se brinda de cada uno, el vocabulario que se utiliza para hacerlo, son aspectos pautados y sistematizados, que rigen cada momento de la actividad.

La reiteración sistemática de *pases* y *recorridas* -instancias con características que identificamos con lo ritual, a partir de las que se transmiten conceptos y se modelan subjetividades-, regula la actividad cotidiana y sostiene la organización jerárquica que caracteriza a la institución.

El carácter performativo del ritual, o cómo se modelan habitus hegemónicos

Como vemos hasta el momento, *pases* y *recorrida* cumplen con los 'requisitos' para ser considerados como rituales. Pero, ¿por qué nos interesa catalogarlos en tanto tales? ¿Cuál es la importancia de que los hechos se realicen una y otra vez siguiendo determinado orden, teniendo determinadas características y no otras? ¿Que nos dice el aspecto ritual acerca de la institución que estamos analizando?

¹⁰⁷ Y los mismos residentes también lo viven de esa manera. El comentario de Federico, R3, ejemplifica esto: "Albornoz es un libro abierto caminando. Cada *recorrida* de sala aprendés un montón, la experiencia que tiene es invaluable. Porque además de leer, en la medicina la experiencia es fundamental, es casi la base de tu aprendizaje."

Podríamos ubicar en *pases* y *recorridas* dos grandes objetivos a partir de las que las mismas se realizan a diario: la asistencia a los pacientes internados y la formación profesional de los residentes. Ahora bien, podría haber muchos modos de cumplir con estas tareas. ¿Por qué se elige esta forma y no otra para hacerlo? Resulta útil retomar a Tambiah en este punto, cuando nos sugiere preguntarnos qué es lo que la sociedad busca transmitir a sus adherentes en sus performances principales; por qué ciertas formas de transmisión son elegidas para esto (1981). Si pensamos que la residencia representa a una etapa en que se moldean las subjetividades de los residentes institucionalmente, en función de la conformación de sus *habitus* profesionales, parece lógico que el uso de instancias que se repiten día tras día, con características que -como vimos- se correspondan con las que toman forma en un ritual, resulten eficaces. Es que, como mencionan Moore y Myerhoff, los rituales no sólo reflejan y propagan ideas culturales y relaciones sociales, sino que además las configuran (1977:5). En este sentido, Tambiah, indica que las consideraciones culturales están integralmente implicadas en la forma que toma el ritual, y que la unión entre forma y contenido resulta esencial para el carácter performativo y la eficacia del mismo (op. Cit.). Habiendo ya esbozado alguna idea en relación a la forma que toma cada *pase*, cada *recorrida*, debemos pensar entonces acerca de cuál es el contenido subyacente que aparece unido a la misma, reflejando pero a la vez configurando estructuras culturales.

No es un aspecto que podamos dejar de tener en cuenta que el modo jerárquico en que la institución se organiza se plasma a diario en la realización de estas actividades. Pero podemos ir un poco más allá para encontrar que la manera en que se desarrollan estas instancias que ubicamos como rituales pretende sostener un contenido que excede la intención de afianzar esta estructura jerárquica. O, en todo caso, podemos hipotetizar diciendo que este modo de organización vertical es justamente la forma que toma el modelo, que resulta inseparable del contenido, pero encontrando que el contenido es más que la jerarquía que ordena a la institución.

Con esta hipótesis presente, volvamos al análisis de *pases* y *recorridas*. Éstos constituyen espacios en los que además de qué se dice, se da fundamental importancia al modo en que se

lo hace. Para que la información que se maneja sea fiable, el modo en que los residentes transmiten a los jefes los datos acerca de cada paciente no es menor. La transmisión oral, el aprendizaje de la 'jerga médica', el *contar* a los pacientes, es un aspecto esencial en el constituirse como médicos. La forma en que se transmite es parte del contenido. No importa solamente lo que se dice, si no la manera en que se lo hace. El modo también hace al ser médico.

Qué se dice (y cómo) es importante. Pero qué se escribe (y cómo) no es menor. Si lo que se dice de algún modo sostiene a la práctica cotidiana, lo que se escribe, lo que queda asentado en *historias clínicas* y *epicrisis* se constituye como un documento. Es lo que en última instancia tiene valor legal. La falta de '*hoja de balance*' en la carpeta de un paciente que le reprochan a Luis (R1) sus *residentes superiores* da cuenta de esto. Nuevamente aquí debemos señalar que quienes escriben -y firman- tanto las historias clínicas, como *indicaciones* o *epicrisis* son los residentes. Esto de algún modo los hace responsables de lo realizado, y hace que -en el momento particular, coyunturalmente crítico que se vivió por momentos durante la realización de mi trabajo de campo- hubiera momentos en que directamente se negaran a firmar determinadas cosas, o por el contrario, *escribieran* que la falta de insumos impediría llevar a cabo tal o cual cosa indicada. "*Vos podés decir lo que quieras*"- comenta Tamara (R1)- "*mientras no lo escribas...*".

Sin embargo, si lo escrito es lo que documenta el quehacer, lo dicho de algún modo lo sostiene. La oralidad de muchas de las prácticas, la transmisión verbal de información - recordemos aquí a Albornoz en la *recorrida* pidiendo a los residentes que no lean, que *cuenten a los pacientes*- nuevamente ubica del lado de la confianza la transmisión de información. Y por otro lado, nos vuelve a recordar que, más allá de la adopción de un modo uniforme y particular en el decir, el hecho de que la manera en que se haga sea verbal ubica a lo 'médico' no tan directamente igualado a lo 'científico', sino más bien matizado por la intervención personal de cada profesional.

Es aquí donde la idea de ritual nos vuelve a resultar útil, en la medida en que nos ayuda

a comprender que –como venimos viendo- la práctica médica no se limita a la intervención individual sino que se enmarca en un contexto institucional que le da forma. La uniformidad en el lenguaje, la sistematización de la manera en que lo dicho y lo escrito debe realizarse con características particulares da cuenta de una búsqueda de universalización de lo particular. Cada caso es único, desde ya. Pero leído -hablado y asentado por escrito- en términos médicos, pasa a ser parte del saber médico. Los conceptos individuales son traducidos a médicos. Y es eso lo que les daría su carácter de científico. El saber médico que, como vemos, se transmite de forma artesanal, adquiere su carácter de ‘neutral’ (o pretende hacerlo) a partir de la estandarización, de la protocolización de sus prácticas. Y la ritualización en el modo de transmitir este saber es fundamental para sostener esto. Señalan Moore y Myerhoff que una característica esencial de lo sagrado es su incuestionabilidad, por lo que el uso de ritos en ámbitos seculares legitima y refuerza un modo particular de interpretar a la realidad social, al mismo tiempo que estructura el modo en que las personas *piensan* acerca de la misma (1977:3-4). Retomemos en este sentido la definición de ritual que Tambiah propone. Al referirse a un “sistema simbólico culturalmente construido”, entiende que el contenido cultural se basa en constructos cosmológicos o ideológicos particulares, considerando a la cosmología no meramente en términos de creencias religiosas sino como principios orientadores que son tomados como sacrosantos y dignos de perpetuación (op. Cit.). Imposible no relacionar esto directamente con la idea de un modelo biomédico sacralizado, universal y neutral, abstraído -en tanto saber científico- de los procesos históricos, geográficos y culturales en que se desarrolla (Menéndez, 1990, 1996; Mishler, 1981; Gordon, 1988). Tambiah explica entonces que

“si los constructos cosmológicos deben ser tomados por fe y considerados inmutables, entonces es un corolario necesario que los ritos asociados con ellos sean expresados mediante formas más o menos fijas, transmitidos de modo relativamente invariable a través del tiempo, y que sean repetidamente representados” (1981:499).

Como mencionábamos anteriormente, no parece casual que la forma que toman estos

rituales tenga que ver con un esquema muy vertical, altamente jerarquizado. Si pensamos que el sistema cosmológico -en términos de Tambiah- que sustenta a este modelo tiene que ver con un esquema cuya explicación es supuestamente científica, y es eso lo que se pondera en el accionar cotidiano, podemos hipotetizar diciendo que el poder que detenta quien tiene el saber constituye una herramienta más para sostener la supremacía de dicho saber. O explicado en otras palabras: el saber médico, con toda su complejidad, como venimos viendo excede los límites de lo científico para constituirse como una actividad técnica apoyada en prácticas institucionales que le dan forma. Es así que la incuestionabilidad que adquiere este modelo en cada práctica ritual no hace más que reforzar un poder que se sustenta en un saber, dotando entonces al saber de esta incuestionabilidad, sacralizándolo (Moore y Myerhoff, 1977), y ubicándolo con esto en el plano de lo científico.

Conclusiones

“Sí, ellos eran Alfas, desde luego; pero también los Alfas han sido condicionados.”

Aldous Huxley, *Un Mundo Feliz*.

La ritualización hegemónica, o la hegemonía como totalidad

Ya desde las primeras líneas de esta tesis el lector habrá podido advertir que la idea de hegemonía está presente, especialmente en las referencias al sistema biomédico que, legitimado y apareciendo como representante de la ciencia, se impone sobre otras formas de atender los procesos de salud-enfermedad-atención¹⁰⁸. Sin embargo, entendemos que este concepto no se limita a ser una característica central del sistema de salud en que nuestro trabajo se desarrolla: si bien sin dudas lo es, encontramos que la idea de hegemonía nos permite también comprender y explicar cuestiones que aparecen en cada uno de los capítulos que conforman esta tesis. A partir del trabajo etnográfico hallamos que, más allá de centrar nuestro análisis en un contexto en el que el ejercicio de la medicina resulta hegemónico en sí mismo, el proceso institucional que representa la residencia involucra, a su vez, al desarrollo de relaciones que se vinculan e identifican con esta noción, y que resultan ser substancialmente constitutivas en la conformación profesional de los residentes.

Consideramos analíticamente interesante, entonces, volver a reflexionar acerca de las cuestiones trabajadas a lo largo de los diferentes capítulos precedentes, abordándolas en esta instancia desde una perspectiva que ubica a la idea de hegemonía como patrón común de análisis. Para fundamentar lo antedicho, consideramos que, en principio, no podemos dejar de explicar desde qué perspectiva estamos considerando a este concepto. Nos valdremos

¹⁰⁸ Evidentemente, cuando nos remitimos al Modelo Médico Hegemónico planteado por Menéndez estamos pensando en términos de hegemonía.

para esto de la definición que realiza Williams en su libro “Marxismo y Literatura” (1997 [1977]), en el que concibe a la hegemonía como un complejo efectivo de experiencias, relaciones y actividades que, teniendo límites y expresiones específicas y cambiantes,

“comprende a las relaciones de subordinación y dominación, según sus configuraciones asumidas como conciencia práctica, como una saturación efectiva del proceso de la vida en su totalidad; no solamente de la actividad política y económica, (...) [ni] de la actividad social manifiesta, sino de toda la esencia de las identidades y las relaciones vividas a una profundidad tal que las presiones y límites de lo que puede ser considerado en última instancia un sistema cultural, político y económico nos dan la impresión a la mayoría de nosotros de ser las presiones y límites de la simple experiencia y del sentido común” (1997:131).

Asimismo, la hegemonía no se da, para el autor, de modo pasivo, como una forma de dominación, sino que debe ser continuamente recreada, defendida, y modificada.¹⁰⁹ El complejo proceso de constitución profesional que representa la residencia, a partir de la modelación de subjetividades en una dirección, nos lleva a pensar que la misma resulta inseparable de las relaciones de subordinación y dominación.

En este sentido, nos resulta fértil articular el enfoque mencionado de la noción de hegemonía, con nuestro campo de análisis específico, centrado en la perspectiva del ritual. Utilizamos el concepto de ‘ritual’ en dos sentidos: por un lado, al atender a la reiteración constante y patronizada –ritualizada- de determinadas instancias; por el otro, en nuestra consideración de la residencia en sí misma como un rito de pasaje.

Recordemos que, según nuestro análisis previo, *pases* y *recorridos* se constituyen como rituales, tanto porque se repiten a diario de manera estandarizada y rutinizada, como porque configuran ideas culturales y relaciones sociales y, siendo un reflejo de las mismas (Tambiah,

¹⁰⁹ Señala Williams que la hegemonía también “es continuamente resistida, limitada, alterada, desafiada por presiones que de ningún modo le son propias” (1997:135), por lo que debe agregarse a este concepto las ideas de contrahegemonía y hegemonía alternativa, como elementos reales y persistentes de la práctica. Si en este escrito no ahondamos en ellos no es por desconocerlos –ni porque en el campo que estamos analizando no existan resistencias ni actores contrahegemónicos- sino, por el contrario, con la idea de profundizar en el análisis de los mismos en próximas investigaciones.

1981), las dotan de una incuestionabilidad tal que legitima un particular modo de interpretar a la realidad social (Moore y Myerhoff, 1977). Resulta analíticamente valioso relacionar esta forma de representarse y de actuar determinadas prácticas que se realizan en lo cotidiano de la residencia en tanto rituales, con la idea de hegemonía. Fundamentalmente, porque consideramos que esta realidad social que toma forma -reforzándose- en cada práctica ritual no es ajena a las relaciones de dominación y subordinación que se desarrollan como formando parte de la misma. Cito a Williams: "la hegemonía es un vívido sistema de significados y valores -fundamentales y constitutivos- que en la medida en que son experimentados como prácticas parecen confirmarse recíprocamente" (1997:131). Si desde esta perspectiva lo que resulta decisivo no sólo es el sistema consciente de ideas y creencias, sino todo el proceso social vivido, organizado prácticamente por significados y valores específicos y dominantes (op. cit.), los "sistemas simbólicos culturalmente construidos", tomados por fe y considerados como inmutables, de los que nos habla Tambiah (1981) como constitutivos y representativos del ritual -que se traducen en una expresión relativamente fija e invariable, representada repetidamente- podrían ser considerados como hegemónicos en términos de Williams. Es decir, tal vez sea la reiteración sistemática y ritualizada de determinadas prácticas lo que contribuya a la constitución -y la persistencia- de un sistema hegemónico. Máxime si consideramos que esta ritualización coadyuva a modelar a la realidad en tanto incuestionable (Moore y Myerhoff, 1977), por lo que se constituye igualándose a la verdad. Es que, para Williams, "la verdadera condición de la hegemonía es la efectiva 'autoidentificación' con las formas hegemónicas; una 'socialización' específica e internalizada de la que se espera que resulte positiva pero que, si ello no es posible, se apoyará en un (resignado) reconocimiento de lo inevitable y lo necesario" (1997:141).

En este punto, y teniendo presente que la idea de hegemonía abarca a una totalidad, que se refleja a su vez en cada uno de los individuos, creemos pertinente regresar al concepto de habitus que propone Bourdieu para pensar en el proceso de modelado de subjetividades producido institucionalmente al transitar una residencia. Hemos visto que el habitus refiere al conjunto de estructuras generativas que, adquiridas bajo la forma de esquemas mentales y corporales de percepción, apreciación y acción, son al mismo tiempo estructurantes,

dado que a partir de ellas se construyen los pensamientos, percepciones y prácticas de los sujetos, lo social es incorporado, y la subjetividad socializada (Bourdieu y Wacquant, 2005). En este sentido, podemos sostener que constituirse en tanto profesionales implica más que la incorporación de saberes y prácticas ‘médicas’. Instancias como *pases* y *recorridas*, a las que identificamos con el ritual, funcionan como espacios en los que se transmiten conocimientos al mismo tiempo que se enseña cómo hablar, cómo interpretar, cómo pararse frente a los pacientes, cómo interactuar con pares y con interconsultores, cómo adecuarse a los lineamientos organizativos y burocráticos; en definitiva, cómo proceder desde el rol de médicos, representando ese lugar, siendo parte. Transitar la residencia ubica a los jóvenes médicos en una situación de permanente formación, en donde los conceptos teóricos y las habilidades técnicas apreñadas confluyen con –o son parte de– una ‘totalidad’ incorporada.

De instituciones hegemónicas

Hasta el momento, estamos pensando en la manera en que nuestros interlocutores, al realizar una residencia, se constituyen en tanto profesionales con características distintivas. En este sentido, no podemos dejar de tener en cuenta que este trabajo se desarrolló en un hospital determinado, en una cátedra que forma parte de una especialidad en particular, por lo que debemos pensar aquí en la especificidad que nos ofrece el análisis de nuestro caso. Es que si comenzamos esta tesis pensando en analizar el modo en que el sistema biomédico –hegemónico– se plasma en la constitución de nuevos profesionales, si esperábamos analizar la manera en que el sistema biomédico “construye a sus objetos” para saber más acerca del mismo (Good, 1996), nos encontramos con que además –o formando parte de– el sistema en tanto tal, aparecen en el campo específico en que se desarrolló este trabajo otras instituciones, que se articulan con esta y que en cierta medida la representan. Por un lado, el Sistema de Residencias Médicas, que se constituye como la institución por excelencia de formación en servicio, a pesar de contar con un modo de ingreso que limita el acceso de gran parte de los

aspirantes. Por otro lado, el Hospital de Clínicas, tradicional, prestigioso, legitimado¹¹⁰. Imbricadas ambas instituciones en la cotidianeidad que analizamos en los capítulos anteriores, encontramos que no sólo confluyen en la construcción de hegemonía en tanto que representan al modelo biomédico: en combinación con esto, la residencia en el Hospital de Clínicas resulta asimismo hegemónica al interior del sistema mismo. Es decir, si el solo hecho de acceder a un cargo de residente ya es en sí mismo un privilegio, hacerlo en el hospital en que desarrollamos este trabajo trae consigo un valor extra. Pensándolo en términos de Bourdieu, entendemos que la combinación del capital social obtenido por nuestros interlocutores al transitar la residencia en el Hospital de Clínicas, con el capital simbólico que también adquieren durante la misma, los posiciona en un lugar determinado del campo del que forman parte que implica poder. Es decir, la pertenencia institucional, el honor y el prestigio que trae consigo la realización de una residencia en un hospital que -como vimos- tiene especial renombre, en combinación con la red de relaciones que se desarrollan al transitar por la institución, establece que los profesionales que se están formando en este contexto tengan características distintivas. Decimos esto pensando principalmente en el modo en que se articula la institución de la que estamos dando cuenta en este escrito con la institución mayor -el sistema de salud- de la que forma parte. Si definimos a este último en tanto campo -retomando una vez más el concepto de Bourdieu- encontramos que la combinación -y distribución- de capitales contribuye a que los recientes médicos se vayan posicionando en el mismo en tanto 'poderosos'. Podríamos decir, entonces, que la construcción de habitus en este particular contexto, tiene características hegemónicas.

¹¹⁰ Es interesante señalar que el prestigio que caracteriza a esta institución está legitimado también desde el Estado, teniendo en cuenta que representantes de este hospital, que depende de la Universidad de Buenos Aires, participan en forma conjunta con representantes del Gobierno de la Ciudad en el diseño del examen al que deben presentarse todos los aspirantes a una residencia médica -tanto en este como en cualquier otro hospital público-.

La 'hegemonización' como pasaje ritual

El tránsito por la residencia va modelando subjetividades en un sentido. Volviendo a ubicar esto desde la perspectiva del rito de pasaje, entendemos que, como parte del proceso que implica la conformación de los *habitus* que caracterizan a su profesión, nuestros interlocutores, en tanto entes liminales, al realizar la residencia "cambian de estado" (Turner 1980, 1988). Ahora bien, si -en concordancia con las líneas precedentes- relacionamos esta idea de pasaje ritual con el concepto de hegemonía como proceso, nos encontramos con que los residentes, que comienzan subordinados dentro de un sistema de saber-poder, van apropiándose de elementos que los ubican, al culminar la residencia, en un lugar diferente al que tenían al ingresar, que se vincula de otro modo con la idea de poder. Podríamos decir en este punto que, al menos en tanto representantes de una institución, los residentes se van constituyendo como médicos con características que se relacionan con lo hegemónico. Nuevamente, no sólo por formarse dentro del sistema biomédico -hegemónico-, sino porque al interior del mismo, la institución de la que forman parte tiene características que, desde distintas perspectivas, se identifican con lo dominante.

Resulta entonces interesante volver a pensar este proceso en tanto rito de pasaje, considerando también a las relaciones de dominación e influencia, inherentes al mismo, como realidad social. El constituirse como profesionales en este contexto trae consigo un modo particular de serlo. La tasa de convertibilidad de la violencia simbólica a la que, se puede pensar, se ven sometidos los residentes al ingresar a la institución, en capital simbólico -en términos de Bourdieu-, permite pensar que este rito de pasaje construye médicos que adquieren un saber, pero también ejercen un poder cuyo saber legitima. Y tal vez sea precisamente la liminalidad que caracteriza a esta instancia lo que permite que las subjetividades se construyan en ese sentido. Entonces, si las características de las personas son bien distintas al concluir el paso por la institución que cuando acceden a un cargo de residentes, consideramos, asimismo, que entender a la residencia en tanto rito de pasaje nos permite ver que esta construcción se da en términos de proceso. Y se trata de un proceso que abarca más de lo que plantea un programa académico teórico-práctico. Resulta

imposible no recordar en este punto al trabajo de Wacquant sobre la formación de boxeadores en Chicago: la residencia, como el *gym*, se constituye como una

“máquina pedagógica autorregulada [cuyo dinamismo] no reside ni en la imitación mecánica de un gesto ni en la suma de ejercicios incansablemente repetidos por todos, y aun menos en el ‘saber-poder’ de un determinado agente (...) sino en el sistema indivisible de relaciones materiales y simbólicas que se establecen entre los diferentes participantes, especialmente en la disposición de su cuerpo en el espacio físico de la sala [del hospital en el caso de la residencia] y en su tiempo específico” (2006:119).

En este sentido, debemos entender que si la “transformación” que sufren los residentes mediante este rito de pasaje tiene que ver también con el punto en que se ubican en el mapa de dominación y subordinación, este lugar hegemónico que comienzan a ocupar es inseparable de su constitución en tanto profesionales, que involucra más que uno u otro aspecto de su ‘ser’ médicos. Retomando una vez más a Williams, y entendiendo que la hegemonía “constituye todo un cuerpo de prácticas y expectativas en relación con la totalidad de la vida” (1997:131), podemos regresar a nuestro interrogante inicial desde una óptica renovada: en el marco institucional de la residencia, el constituirse como médicos excede a la adquisición de conocimientos teóricos y habilidades prácticas. Al atravesar este proceso liminal, los residentes adquieren un modo de pensar, de sentir y de actuar – hegemónico- que los representa y los identifica.

Bibliografía:

- BALBI, F. A. y M. BOIVIN. "La perspectiva etnográfica en los estudios sobre política, Estado y gobierno." En: *Cuadernos de Antropología Social* N° 27. FFyL – UBA, Buenos Aires, 2008.
- BARTH, F. (comp.). *Los grupos étnicos y sus fronteras. La organización social de las diferencias culturales*. Introducción. Fondo de Cultura Económica, México DF, 1976.
- BOHRER GILBERT, A. C. *A Hora Instável. Entre Mãe e mulher. Um estudo com residentes em obstetrícia/ginecologia do IFF/Fiocruz*. Fundação Oswaldo Cruz. Rio de Janeiro, 2005.
- BONET O. "Saber y sentir. Una etnografía del Aprendizaje de la biomedicina". En: *Phycis. Revista de Saúde Coletiva* 9:123-150.
- *Saber e Sentir: uma etnografia da aprendizagem da biomedicina*. Editora Fiocruz, Rio de Janeiro, 2004.
- BOURDIEU, P. *Cosas Dichas*. Editorial Gedisa, Barcelona, 1996.
- *Razones prácticas. Sobre la teoría de la acción*. Editorial Anagrama, Barcelona, 1997.
- BOURDIEU P. y L. WACQUANT. *Una invitación a la sociología reflexiva*. Siglo XXI editores. Buenos Aires, 2005.
- CAMARGO Jr., K. R. "A biomedicina". En: *Physis. Rev. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 15 (suplemento): 177-201. 2005
- COE, R. *Sociología de la Medicina*. Alianza Editorial, Madrid, 1973.
- DOUGLAS, M. *Cómo piensan las instituciones*. Alianza Universidad, Madrid, 1996.
- FOUCAULT, M. *La vida de los hombres infames*. Caronte ensayos, Buenos Aires, 1996.
- *Historia de la sexualidad 1. La voluntad del saber*. Siglo XXI Editores Argentina, Buenos Aires, 2008.
- FREIDSON, E. *La profesión Médica. Un estudio de sociología del conocimiento aplicado*. Ediciones Península, Madrid, 1978.
- GINSBURG, F. "Cuando los nativos son nuestros vecinos". En: BOIVIN, M.; ROSATO, A. y V. ARRIBAS. *Constructores de otredad. Una introducción a la Antropología Social y Cultural*. Buenos Aires, EUDEBA, 2004.
- GOOD, B. *Medicine, rationality and experience. An anthropological perspective*. Cambridge

University Press, 1996.

-GORDON D. Clinical science and clinical expertise: changing boundaries between art and science in medicine. En: *Biomedicine examined*. Lock, M. y D. Gordon, eds. Kluwer Academic Publishers, Países Bajos, 1988.

-GRIMBERG, M. "VIH/SIDA y proceso salud-enfermedad-atención: Construcción social y relaciones de hegemonía". En: *Seminario-Taller de Capacitación de Formadores*. LUSIDA, Buenos Aires, 1998.

-GUBER, R. *La etnografía. Método, campo y reflexividad*. Ed. Norma, Buenos Aires- Bogotá, 2001.

——— *El salvaje metropolitano. Reconstrucción del conocimiento social en el trabajo de campo*. Paidós, Buenos Aires, 2004.

-LAPLANTINE, F. *Antropología de la enfermedad*. Serie Antropológica, Ediciones del Sol. Buenos Aires, 1999.

-LEACH, E. R. *Sistemas políticos de la Alta Birmania. Estudio sobre la estructura social Kachin*. Editorial Anagrama, Barcelona, 1976.

-LOCK, M. Introduction. En: *Biomedicine examined*. Lock, M. y D. Gordon eds. Kluwer Academic Publishers, Países Bajos, 1988.

-MENÉNDEZ E. *Morir de alcohol. Saber y hegemonía médica*. México: Ed Alianza Editorial Mexicana, 1990.

——— "La enfermedad y la curación. Qué es la medicina tradicional?" En: *Alteridades* (UAM- Iztapalapa), Año 4 Nro 7,1994.

-MENÉNDEZ E. y DI PARDO R. *De algunos alcoholismos y algunos saberes. Atención primaria y proceso de alcoholización*. México: Ediciones de la Casa Chata,1996.

-MISHLER E. "Viewpoint: Critical Perspectives on the Biomedical model". En: MISHLER E. (comp.), *Social contexts of health illness and patient care*. Cambridge: Cambridge University Press, 1981

-MOORE S. F. y B. G. MYERHOFF. *Secular Ritual*. Van Gorcum & comp. Assen, The Netherlands, 1977.

-PEIRANO, M. "A favor da etnografia". *Série Antropologia*, 130. Brasilia, 1992.

-PÉRGOLA, F. y F. SANGUINETTI. *Historia del Hospital de Clínicas*. Ediciones Argentinas, Buenos Aires, 1996.

-ROCKWELL, E. "Reflexiones sobre el Proceso Etnográfico (1982-1985)". Vol. 2 "Para observar la escuela, caminos y nociones" del Informe final del Proyecto "La práctica docente y sus contextos institucional y social", E ROCKWELL y J. EZPELETA (coordinadoras), R. MERCADO, C. AGUILAR, E. SANDOVAL, México, DIE, 1987.

-SINGER, M. "Reinventando la Antropología Médica: hacia un realineamiento crítico". En: *Soc. Sci. Med. Vol 30 No 2 Pp 179-187, Pergamon Press, 1990.*

-TAMBIAH, S. J. "A Performative Approach to Ritual". *Proceedings of the British Academy* 65: 113-169. 1981 (1979).

-TURNER, V. W. *La selva de los símbolos. Aspectos del ritual ndembu.* Siglo XXI editores. México DF, 1980.

————— *El Proceso Ritual.* Ed. Taurus, 1988.

-VELASCO, H. y A. DIAZ DE RADA. *La Lógica de la Investigación Etnográfica.* Primera Parte. Madrid, Trotta, 1997.

-WACQUANT L. *Entre las cuerdas. Cuadernos de un aprendiz de boxeador.* Siglo XXI editores. Buenos Aires, 2006.

-WILLIAMS, R. *Marxismo y Literatura.* Ediciones Península, Barcelona, 1997 [1977].

-YAVICH, N. "Los inicios del sistema de residencias de salud en la Argentina". En Potlach, Cuaderno de Antropología y Semiótica. UN Editora. Año 1 número 1. Buenos Aires, primavera de 2004.

Páginas de Internet consultadas:

Facultad de Medicina UBA. www.fmed.uba.ar

Hospital de Clínicas. www.hospitaldeclinicas.uba.ar

Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires. www.buenosaires.gov.ar

Cuadros Anexos

Oferta de Residencias Hospitalarias Universitarias (Llamado a Concurso año 2.007).

RESIDENCIAS UNIVERSITARIAS				
DEPARTAMENTO	ESPECIALIDAD	NIVEL	CARGOS	DURACION
MEDICINA	Medicina Interna Htal de Clínicas	I	16	4 años
	Medicina Interna Instituto Lanari	I	6	4 años
	Dermatología	II	2	3 años
	Terapia Intensiva	II	3	3 años
	Cardiología	III	4	3 años
	Hematología	III	2	3 años
	Neumonología	III	2	3 años
	Nefrología Htal de Clínicas	III	2	3 años
	Nefrología Instituto Lanari	III	1	3 años
	Nutrición	III	1	3 años
	Infectología	III	2	3 años
	Endocrinología	III	2	3 años
	Neurología	III	2	3 años
	Reumatología	III	2	2 años
	Gastroenterología	III	2	2 años
Clínica Oncológica Inst. Roffo	I	2	5 años	
CIRUGÍA	Cirugía General	I	4	4 años
	Ortopedia y Traumatología	I	3	4 años
	Neurocirugía	I	1	5 años
	Oftalmología	I	2	3 años
	Anestesiología	I	2	4 años
	Urología	II	3	3 años
	Otorrinolaringología	II	3	4 años
	Cirugía Vascular	IV	1	2 años
	Cirugía Plástica	IV	2	3 años
	Cirugía Oncológica Inst. Roffo	IV	4	2 años
TOCOGINECOLOGÍA	Tocoginecología	I	6	4 años
PEDIATRÍA	Pediatría	I	6	3 años
	Neonatología	III	3	2 años
	Terapia intensiva pediátrica	IV	1	3 años

PATOLOGÍA	Patología	I	3	3 años
	Patología oncológica Inst. Roffo	IV	1	2 años
DIAGNÓSTICO POR IMÁGENES				
DIAGNÓSTICO POR IMÁGENES	Radiología Htal de Clínicas	I	2	4 años
	Radiología Instituto Roffo	I	1	4 años
	Terapia Radiante Instituto Roffo	I	1	3 años
SALUD MENTAL				
SALUD MENTAL	Psiquiatría	I	4	4 años
CARRERAS CONEXAS				
CARRERAS CONEXAS	Kinesiología	I	4	3 años
	Fonoaudiología	I	3	3 años
	Nutricionistas	I	3	3 años
	Obstétricas	I	2	3 años
	Enfermería Adultos	I	2	3 años
	Pediátrica	I	2	3 años
FARMACIA				
FARMACIA	Farmacia	I	3	3 años
BIOQUÍMICA				
BIOQUÍMICA	Bioquímica	I	4	3 años

Fuente: Llamado a Concurso Residencias Universitarias año 2.007

Oferta de Residencias Hospitalarias del Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (Llamado a Concurso año 2.007).

Residencias y concurrencias médicas básicas

Área de Trabajo	Duración Residencia	Duración Concurrencia
Cirugía General	4 años	5 años
Clínica Médica	4 años	5 años
Clínica Pediátrica	4 años	5 años
Medicina General	4 años	5 años
Obstetricia (para médicos)	-----	5 años
Salud Mental Infanto Juvenil- Psiquiatría Infanto Juvenil	4 años	5 años
Salud Mental - Psiquiatría	4 años	5 años
Tocoginecología	4 años	5 años

Residencias y concurrencias médicas que no requieren básica previa

Área de trabajo	Duración Residencia	Duración Concurrencia
Anestesiología	5 años	-----
Fisiatría	3 años	5 años

Fisiatría pediátrica	-----	5 años
Oftalmología	3 años	5 años
Oftalmología pediátrica	-----	5 años
Patología	3 años	5 años

Residencias y concurrencias médicas clínicas con orientación

Área de trabajo	Duración Residencia	Duración Concurrencia
	Se inicia con un año de clínica médica más 3 años de la residencia elegida.	Se inicia con dos años de concurrencia o residencia en clínica médica, más 3 años de la especialidad elegida.
Cardiología	4 años	5 años
Dermatología	4 años	5 años
Diagnóstico por imágenes	4 años	5 años
Ciencias microbiológicas	4 años	5 años
Endocrinología	4 años	5 años
Gastroenterología	4 años	5 años
Geriatría	4 años	5 años
Hematología	4 años	5 años
Infectología	4 años	5 años
Inmunología	4 años	5 años
Nefrología	4 años	5 años
Neumonología	4 años	5 años
Neurología	4 años	5 años
Oncología clínica	4 años	5 años
Reumatología	4 años	5 años
Terapia intensiva	4 años	5 años

Residencias y concurrencias médicas quirúrgicas con orientación

Especialidad	Duración Residencia	Duración Concurrencia
	Se inicia con un año de cirugía general y 3 años de la especialidad elegida.	Se inicia con un año de concurrencia o residencia en cirugía gral. más 4 de la especialidad elegida.
Cirugía cardiovascular	4 años	5 años

Cirugía cardiovascular pediátrica	4 años	5 años
Cirugía gastroenterológica	4 años	-----
Cirugía pediátrica	4 años	5 años
Cirugía Plástica recons. y reparadora	4 años	5 años
Neurocirugía	5 años	5 años
Ortopedia y traumatología	4 años	5 años
Ortopedia y traumatología pediátrica	4 años	5 años
Otorrinolaringología	4 años	5 años
Urología	4 años	5 años

Residencias y concurrencias posbásicas pediátricas

Área de trabajo	Duración Residencia	Duración Concurrencia
	Se requieren dos años de residencia en clínica pediátrica aprobados, o residencia completa en clínica pediátrica.	Se inicia con dos años de concurrencia o residencia en clínica pediátrica, más tres de la especialidad.
Cardiología pediátrica	3 años	5 años
Dermatología pediátrica	3 años	5 años
Endocrinología pediátrica	3 años	5 años
Gastroenterología pediátrica	3 años	5 años
Hematología pediátrica (Hematooncología pediátrica)	3 años	5 años
Infectología pediátrica	3 años	5 años
Inmunología pediátrica	3 años	5 años
Medicina ambulatoria pediátrica	3 años	-----
Medicina interna pediátrica	2 años	-----
Nefrología pediátrica	3 años	5 años
Neonatología	2 años	5 años
Neumonología pediátrica	3 años	-----
Neurología pediátrica	3 años	5 años
Nutrición clínica pediátrica	3 años	5 años
Otorrinolaringología pediátrica	3 años	5 años
Reumatología pediátrica	3 años	-----

Terapia intensiva pediátrica	3 años	-----
------------------------------	--------	-------

Residencias posbásicas generales

Requieren residencia completa en el área especificada en cada caso, en ningún caso existe concurrencia. Las especialidades abajo mencionadas están aprobadas por el Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires, pero no necesariamente todas sean llamadas a concurso cada año. Asimismo, para cada llamado a concurso puede variar las profesiones convocadas.

- **Emergentología (2 años)**
Para médicos con residencia completa en: clínica médica o terapia intensiva.
- **Informática biomédica (2 años)**
Para profesionales con residencia completa en cualquiera de las residencias del equipo de Salud.
- **Interdisciplinaria en Cuidados Paliativos (2 años)**
Para profesionales con residencia completa en Clínica Médica, Medicina General, Salud Mental (Psicología Clínica), Terapia Ocupacional, Kinesiología, Enfermería -excluidas las especialidades en perinatología y pediatría-, Trabajo Social y Farmacia..
- **Interdisciplinaria en Epidemiología**
Para profesionales egresados de todas las residencias del Equipo de Salud, de Apoyo al Equipo de Salud, y de Enfermería.
- **Interdisciplinaria en Gerontología**
Para profesionales con residencia completa en Clínica médica, Geriátrica, Medicina General, Servicio Social, Salud Mental -Psicología Clínica-, y Kinesiología.
- **Patología Pediátrica**
Para profesionales egresados de la residencia de Patología.
- **Procuración y trasplante de órganos y tejidos**
Para profesionales egresados de las residencias de Clínica médica, Nefrología o Terapia intensiva.
- **Salud integral del adolescente (2 años)**
Para médicos con residencia completa en clínica pediátrica o medicina general y familiar.
- **Toxicología (2 años)**
Para médicos con residencia completa en Clínica Médica, Terapia Intensiva, Pediatría, o Medicina General y Familiar.
- **Trauma (2 años)**
Para médicos con residencia completa en cirugía general.
- **Trauma pediátrico (2 años)**
Para médicos con residencia completa en cirugía infantil.

Fuente: página web del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires.
<http://www.buenosaires.gov.ar/areas/salud/dircap/>