

UNIVERSIDAD NACIONAL DE CÓRDOBA
FACULTAD DE FILOSOFÍA Y HUMANIDADES
DEPARTAMENTO DE ANTROPOLOGÍA

La Maquila de Médicos:

Una etnografía en la guardia del Hospital Nacional de Clínicas.

Macarena Ferrer

Tesis presentada para optar al título de
Licenciada en Antropología

Director: Dr. Gustavo Sorá

Co-director: Dr. Octavio Bonet

Noviembre 2015

Córdoba, Argentina



La maquila de médicos: Una etnografía en la guardia del Hospital Nacional de Clínicas

por Ferrer, Macarena se distribuye bajo una

[Licencia Creative Commons Atribución-NoComercial-CompartirIgual 4.0 Internacional.](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/)

<https://rdu.unc.edu.ar/>

Índice

Agradecimientos.....	1
Introducción: de paciente a antropóloga.....	2
1. La configuración de las residencias médicas dentro de la biomedicina.....	11
1.1 El desarrollo de la biomedicina.....	12
1.1.2 El Modelo Médico Hegemónico.....	15
1.1.2 El Modelo de Atención Primaria en Salud.....	17
1.2 El nacimiento de las residencias médicas como pieza estructural del MMH.....	18
1.2.1. Nacimiento de la residencia en el mundo.....	19
1.2.2. La llegada del sistema de residencia a la Argentina.....	21
1.2.3. Expansión y consolidación del sistema de residencias.....	25
1.2.4. Situación Actual.....	28
2. El drama de la residencia.....	31
2.1 El Hospital Nacional de Clínicas como lugar de formación.....	32
2.2 La guardia: la condensación del conflicto.....	34
2.2.1 Pablo: El sacrificio de la concurrencia.....	40
2.2.2 Mónica: La falta de sueño.....	44
2.2.3 Santiago: La búsqueda de una alternativa al sistema.....	47
3. Un universo de jerarquías: El currículum oculto en la elección de la especialidad.....	51
3.1 La tensión entre las especialidades quirúrgicas y humanistas.....	54
3.2 Disciplinamiento de género.....	60
3.3 “La única alternativa”: la residencia como imperativo.....	63
4. La residencia y la reproducción del campo médico.....	68
4.1 La tensión estructural entre el ser trabajador y el ser estudiante.....	69
4.2 Las líneas de mando: El poder que detenta el saber.....	75
4.3 La residencia de medicina familiar como alternativa al sistema.....	81
Conclusión.....	85
Bibliografía.....	88
Abreviaturas y siglas.....	92

Agradecimientos.

Son muchas las personas y los personajes que hicieron posible esta tesis. Cada uno de ellos conectado por algo en común: la Universidad Nacional de Córdoba. Desde que era pequeña recuerdo a la UNC como parte de mi vida. Hija de profesores universitarios, cada mañana desayunaba en mi casa frente a un afiche del comedor universitario, escuchando las charlas de mis padres sobre la facultad. A ellos les tengo que agradecer no sólo todo el amor, el sacrificio y la confianza que han depositado en mí. Sino también por haberme inculcado un espíritu crítico y una sensibilidad social que me impulsó para escoger esta carrera.

Quiero agradecer a aquellos profesores que pusieron en marcha la carrera a fuerza de pulmón. Los estudiantes que ingresamos en aquel primer año en que se fundó, compartimos con ellos todos los miedos y expectativas que conlleva un nuevo proyecto.

La universidad no sólo me permitió una formación académica, sino también política. En este sentido quiero agradecer a mis compañeros de “La bisagra”, “Dos puntos filo” y “Antropología colectiva”; quienes no sólo me enseñaron el rol social del conocimiento académico, sino también con ellos me reí y compartí gran parte de la carrera. En especial, quiero agradecer a Juli Wehmüller, quien con su ejemplo me contagió de ganas de participar y transformar la realidad que me rodea. Entre sus muros, también conocí a Franco, a quien le agradezco por *el amor*, por soportar mis estados, por confiar en mí y estar siempre.

Gracias a mi director, Gustavo Sorá, por la paciencia y la calidez con que me orientó y me acompañó desde el primer día. Por acompañarme en estos primeros pasos como futura antropóloga, transmitiéndome toda su pasión y compromiso por el hacer antropológico. Gracias a mi codirector Octavio Bonet, quien a pesar de la distancia respondió a todas mis inquietudes y me orientó en el difícil campo de la salud.

Esta tesis no existiría si no fuese por mis interlocutores, a quienes les agradezco profundamente su confianza e interés por mi estudio, dejándome conocer una parte importante de sus vidas. En especial, muchas gracias al Dr. Carlos Presman, quien me permitió acceder al hospital y me brindó toda su ayuda.

Por último, quiero agradecerle a mi prima -casi hermana- Naty, por el diseño de tapa, la hamaca paraguaya y los criollitos.

Introducción: de paciente a antropóloga.

Este estudio tiene como objetivo indagar las relaciones de poder -de subordinación y dependencia- que atraviesan el campo médico y su expresión en la incorporación del *habitus* de los profesionales en formación. El medio y el resultado de tal objetivo es una etnografía de las prácticas y representaciones, los anhelos y frustraciones de los residentes¹ en la guardia del Hospital Nacional de Clínicas (en adelante HNC), ubicado en la ciudad de Córdoba.

Las razones personales que me llevaron a escoger este tema de estudio son diversas: el mundo de la medicina me era ajeno. La única relación que establecía con él, era en carácter de paciente. Del consultorio salía con una enorme admiración por estas personas que eran capaces de salvar vidas, y con un enorme rechazo por la sensación impersonal y distante del encuentro, que reducía mi persona a síntomas.

Antes de apropiarme de las herramientas críticas y de objetivación de las ciencias sociales, pensaba -no dejo de hacerlo- en la salud como un derecho fundamental, que no se limita sólo al tratamiento de la enfermedad, sino con el bienestar de los pueblos. Me interpelaba el hecho de que la medicina hace gala de un desarrollo científico-tecnológico muy sofisticado. Al tiempo que es elocuente e intolerable el hecho de que tantas personas de clases populares mueran a diario por su exclusión de condiciones de higiene y sanitarias básicas. A partir de allí, comencé a preguntarme sobre las características y contradicciones del sistema médico.

El tema específico de las residencias surgió a raíz de una conversación casual con una residente, quien me contó que debía estar medicada para la ansiedad, por el stress laboral que sufría dentro de la residencia. También me narró que esa respuesta era frecuente entre los médicos en formación, dada por las largas jornadas de trabajo sin descanso, la presión y las exigencias del trabajo, y los maltratos a los que son sometidos permanentemente. A partir de ese momento comencé a preguntarme: ¿Cómo los

¹ Utilizo el genérico masculino igualado al neutro, según está generalizado en el uso de nuestra lengua. Lo hago a pesar de reconocer que este uso legitima la dominación masculina.

médicos, que se supone son especialistas en salud, se exponen a un sistema de formación que los enferma? ¿Por qué los residentes no tienen descanso post-guardia? ¿Por qué deben realizar 24 horas de guardia consecutiva? ¿Cuáles son los riesgos que implica para el médico y el paciente?

Mi primera incursión al campo fue en el contexto de la materia “Taller de trabajo de campo”, donde realicé una breve experiencia de observación participante en la guardia de un hospital. Allí, por primera vez pude traspasar el rol de paciente, para ejercer el rol de antropóloga y observar como era el hospital “desde adentro”. Entre otras cosas, pude apreciar como era un día de trabajo para estos sujetos que eran fuente de mi mayor admiración y rechazo. Al mismo tiempo, comencé a realizar las primeras lecturas en torno a la antropología de la salud; tarea que no me fue fácil por el escaso desarrollo de dicha especialidad en la ciudad de Córdoba.

En este derrotero, los objetivos que dieron origen a esta tesis fueron tomando forma: me planteé analizar cuáles eran los presupuestos y las ventajas percibidos por los médicos recién recibidos, que los llevaba a adherir al sistema de residencias como instancia privilegiada de acceso a la profesión, descartando otras alternativas. Y cuáles eran las estrategias de permanencia y resistencia de los médicos en formación dentro de las residencias, en el marco de la incorporación de su *habitus* médico.

Utilizo el concepto *médicos en formación*, por un lado, porque denota la tensión estructural entre el ser trabajador y el ser estudiante en la que viven. Por otro lado, la categoría “residente” invisibiliza a los *concurrentes*, quienes realizan las mismas tareas que estos, pero en una modalidad *ad honorem*. Médicos en formación, a su vez, es una categoría nativa que surgió en las manifestaciones del año 2010 bajo el lema: “36 horas sin dormir: ¿Te opero? ¿Te medico?”². En estas movilizaciones, los residentes y concurrentes

² A final del año 2010, residentes médicos de diversos hospitales de Córdoba se congregaron para reclamar sobre sus condiciones laborales, bajo el lema: “36 horas sin dormir: ¿Te opero? ¿Te medico?” Sus principales reivindicaciones eran: la reducción de las horas de guardia, el descanso post-guardia y la eliminación de los cargos no rentados.

La iniciativa partió de los residentes de medicina familiar del Hospital Nacional de Clínicas. Uno de los precursores me contaba: “la idea de ponerle ‘médicos en formación’ fue porque una de las cosas que

lucharon por mejorar sus derechos laborales. Adoptar esta categoría también implica una elección política, en cuanto al apoyo a las reivindicaciones de los médicos en formación como trabajadores plenos de derechos.

El enfoque etnográfico utilizado para este trabajo permite abordar la problemática de la formación médica desde la perspectiva de los agentes sociales a fin de comprender, desde la propia lógica de los sujetos, los factores que los conducen a desarrollar determinadas prácticas y sus significados, en contextos y en una trayectoria histórica particular. Desde esta perspectiva, se consideran las relaciones sociales y estructurales de la experiencia de los sujetos y sus prácticas al interior del sistema de residencias, las condiciones y determinaciones de sus acciones y representaciones sobre las residencias en particular y la medicina en general. Por lo tanto, el enfoque conjuga al actor social y la estructura objetiva en la cual opera; los cuales determinan las formas que pueden tomar las interacciones y las representaciones que los agentes tienen de la estructura, de su posición en la misma, de sus posibilidades y de sus prácticas (Bourdieu, 2002a).

El trabajo de campo lo realicé junto a los médicos en formación y los médicos docentes que controlan la adquisición de conocimiento de los primeros; en la guardia del HNC desde agosto hasta diciembre del 2014. Escogí este hospital por varias razones: i) Porque al ser un hospital escuela, se enfoca en la formación de especialistas. ii) Porque al ser un hospital público de atención gratuita, se encuentra sujeto a mayores tensiones sociales, psicológicas y económicas (Bonet, 2004). iii) Porque, al depender de la UNC, facilitaba mi ingreso al campo como estudiante de dicha universidad.

La mayor parte de la observación la realicé en la sala de médicos de la guardia del hospital -donde los médicos se encuentran cuando no están atendiendo- y en la sala donde se realizan los pases de guardia y clases teóricas. La guardia es el lugar donde los conflictos se condensan, al estar expuestos los agentes a largas jornadas de trabajo extenuante. Este

queríamos dejar en claro es que el residente médico tiene responsabilidades, tiene matrícula, va a juicio, atiende, se manda cagadas y la gente no lo sabe.” En esta cita, se puede apreciar la tensión entre el rol de trabajador y el rol de estudiante que analizaré en profundidad en el cuarto capítulo.

El movimiento se disolvió en el año 2011, con conquistas parciales y aisladas que no lograron cambiar la situación del conjunto, aunque sí logró visualizar la problemática a la sociedad.

espacio me permitió observar no sólo la relación que se establece entre los médicos en formación de diferentes años de la misma especialidad, sino también la relación entre las diferentes especialidades. Es importante aclarar que no realicé ninguna observación médico-paciente, ya que mi análisis se enfoca en la relación entre los mismos médicos y no era mi intención invadir el espacio personal de los pacientes sin su consentimiento, más aun cuando estaban atravesando momentos delicados.³

Al contrario de lo que me hubiese imaginado, no fui obligada a usar guardapolvo. Ello me permitió ser diferenciada dentro de la sala de médicos de la guardia. Cada vez que me pedían explicaciones sobre quién era y qué hacía sin guardapolvo (entendiendo que en las guardias siempre hay practicantes nuevos, enfermos y parientes que ingresan sin autorización), de esa forma podía entablar conversación con ellos, hasta que la mayoría se familiarizó conmigo. Aunque eso muchas veces no detuvo el ser confundida con médica por algún pariente enfadado, que me pedía explicaciones sobre la salud de un enfermo; o por algún médico apurado, que dejaba la carpeta de un paciente en mis manos sin darme tiempo de explicar que yo no podía atenderlo. Esto tampoco quiere decir que yo pasaba desapercibida. En la guardia del HNC existen dos salas de médicos, enfrentadas una a otra por un pasillo. Era cómico advertir que los conflictos y las discusiones se establecían siempre en la sala donde yo no estaba y, cuando me trasladaba a esa sala, el conflicto de trasladaba a la sala de donde yo venía.

La buena relación que establecí con los médicos en formación fue posible, en parte, por compartir con ellos distintas pautas culturales, como ser jóvenes universitarios de mi misma edad, que viven en mi propia ciudad. A su vez, parafraseando a Sibergleit (2009a), los médicos en formación y yo misma, nos encontrábamos en un lugar ambiguo. Un lugar liminal, entre el ser estudiantes y abrirnos paso en el mundo laboral, con las incertidumbres y desafíos que eso implica. Esta afinidad posibilitó un mejor desarrollo de las entrevistas⁴ y la observación participante. Lo inesperado fue que muchos de ellos se comprometieron con mis estudios, ofreciéndome información muy valiosa, desde artículos

³ Es por ello también que, a pesar que la fotografía es un excelente recurso de registro, opté por no incluirlas en este trabajo; para prevenir un posible perjuicio personal o laboral de mis informantes al ser identificados.

interesantes hasta una entrevista inédita con uno de los fundadores de la residencia médica en Argentina, realizada por uno de mis entrevistados, que me fue enviada por correo desde Bahía Blanca dentro de un grabador.

El ejercicio de reflexividad fue fundamental para no adoptar como propias las explicaciones que mis entrevistados tenían sobre su mundo social, ya que algunos de ellos estaban involucrados fuertemente en la problemática, y también generaban materiales de reflexión sobre ello. La diferencia radical residía en que, aunque manteníamos pautas sociales e intereses convergentes, proveníamos de dos universos de significación diferentes. Como sostiene Guber, “esto sucede aun cuando el investigador pertenece al mismo grupo o sector que sus informantes, y ello porque el interés del primero -la investigación- difiere de sus interlocutores, y su mirada no es como la de alguien en la cotidianidad” (Guber, 2005: 50). Los nativos no pueden dar cuenta de la verdad de su práctica sin sustraerse de aquella práctica. Sólo la reflexión epistémica es lo que permite al antropólogo analizar aquella realidad a través de una relación teórica con aquella práctica, ya que éste no está involucrado en la cotidianeidad (Bourdieu, 2002a).

Dentro de la bibliografía especializada en Argentina, destacan dos etnografías que trabajan sobre la temática de las residencias médicas: Bonet (2004) abordó la tensión estructural entre el sentir y el saber en medicina; Sibergleit (2009a) utilizó los conceptos de hegemonía y ritual de pasaje para comprender el fenómeno de la residencia. Estas dos etnografías tienen en común el hecho de trabajar sobre los residentes de clínica médica, en hospitales ubicados en la provincia de Buenos Aires. En parte inspirada por estas etnografías, mi entrada al campo fue realizada a través del servicio de clínica médica, donde comencé a trabajar en una primera instancia. A medida que me fui familiarizando con el espacio, comenzaron a surgirme nuevas preguntas, para las que no encontraba una

⁴ Para poder abarcar un número significativo de casos plausibles de analizar en el contexto de este estudio, dividí los agentes de cada especialidad en función de tres variables significativas: sexo, cargo (residente o concurrente) y años de residencia. Teniendo como mínimo un caso de cada una de las alternativas de cada variable, para cada especialidad médica. Además de otros informantes claves, como jefes o instructores de residentes. En total, realicé 12 entrevistas no estructuradas.

explicación en la bibliografía especializada que había leído hasta la fecha, y mis objetivos se fueron desplazando hacia otro rumbo.

Comencé a percibir que el régimen de trabajo de las residencias variaba según cada especialidad. Por ejemplo, algunas especialidades realizaban más guardia que otras. Así también variaban las relaciones jerárquicas que se expresaban dentro de cada especialidad y entre las especialidades. Además de ello, me llamó la atención cómo en las entrevistas realizadas a los médicos en formación, acusaban a las carencias en su formación de grado como la mayor causa de los problemas vividos dentro de la residencia. Aquello me generó nuevas inquietudes: ¿Qué lleva a un médico recién recibido a optar por una especialidad en detrimento de otra, sabiendo a priori la exigencia de inversiones de todo tipo que implica? ¿Cómo y por qué se establecen las relaciones de subordinación y dependencia entre las diferentes especialidades y al interior de las mismas?

Para poder dar respuesta a estos interrogantes, comencé a observar las similitudes, diferencias y relaciones que se establecían entre las residencias de diferentes especialidades, en vez de centrarme en una sola especialidad, como los autores antes citados. Me era imposible poder observar todas las especialidades al mismo tiempo, por lo que opté por acotar mi investigación a las especialidades de Cirugía General, Clínica Médica y Medicina de Familia. Esta elección no fue al azar. Escogí las especialidades de Clínica Médica y Cirugía General porque son especializaciones básicas, necesarias para realizar sub-especializaciones. Estas son las residencias más numerosas. Entre sus funciones sobresalen atender las salas de internación y el sostenimiento de la guardia de urgencias. Son los servicios más importantes dentro del hospital. Cada especialidad tiene características propias en cuanto a la organización del servicio, roles y jerarquías. En contraposición, la especialidad de Medicina Familiar me permitía abordar una organización distinta de residencia, ya que su campo de intervención se basa en el tratamiento ambulatorio.

Partiendo de los objetivos que motivan esta tesis, la estructuro en cuatro capítulos.

En el primer capítulo exploro de manera teórica el modelo biomédico, en el cual la residencia se inserta. Considero que la biomedicina es hegemónica en su forma de concebir los procesos de salud-enfermedad, basada en sus premisas científicas, apoyadas en el biologicismo como rasgo estructural (Menéndez, 1990, 1992). Dentro de este paradigma, existen dos modelos fundamentales que describo a continuación: el Modelo Médico Hegemónico (en adelante MMH) y el Modelo de Atención Primaria de la Salud (en adelante MAPS). Estos dos modelos van a estar presentes transversalmente durante el desarrollo de todo el estudio. A partir de allí realizo un análisis histórico del nacimiento y evolución de la residencia médica en Argentina como una estrategia de mejorar la educación de postgrado y como una estrategia para incrementar la cantidad y calidad de atención en los hospitales.

En el segundo capítulo realizo una breve historia del HNC como una institución socializante fundamental (Bonet 2004) para los jóvenes profesionales. La historicidad es un elemento basal para encuadrar el contexto y desarrollo del trabajo etnográfico, en el que me adentro a seguir. Primero abordo el universo empírico observado, buscando retratarlo a través de la estrategia de la descripción densa y de testimonios de médicos en formación que dan cuenta de la complejidad del sistema de residencias y la diversidad de experiencias en la guardia del hospital.

En el tercer capítulo me detengo en cómo el currículum oculto⁵ de la carrera de grado influencia en la elección de la especialización de los jóvenes profesionales, durante la incorporación de su *habitus* médico. Entre otros factores, resalto las concepciones masculinas y biologicistas de la formación médica, y las instancias de integración curricular que llevan a que la única alternativa percibida por los egresados para iniciarse en la profesión sea realizar una residencia, con preferencia en una especialidad instrumental o quirúrgica.

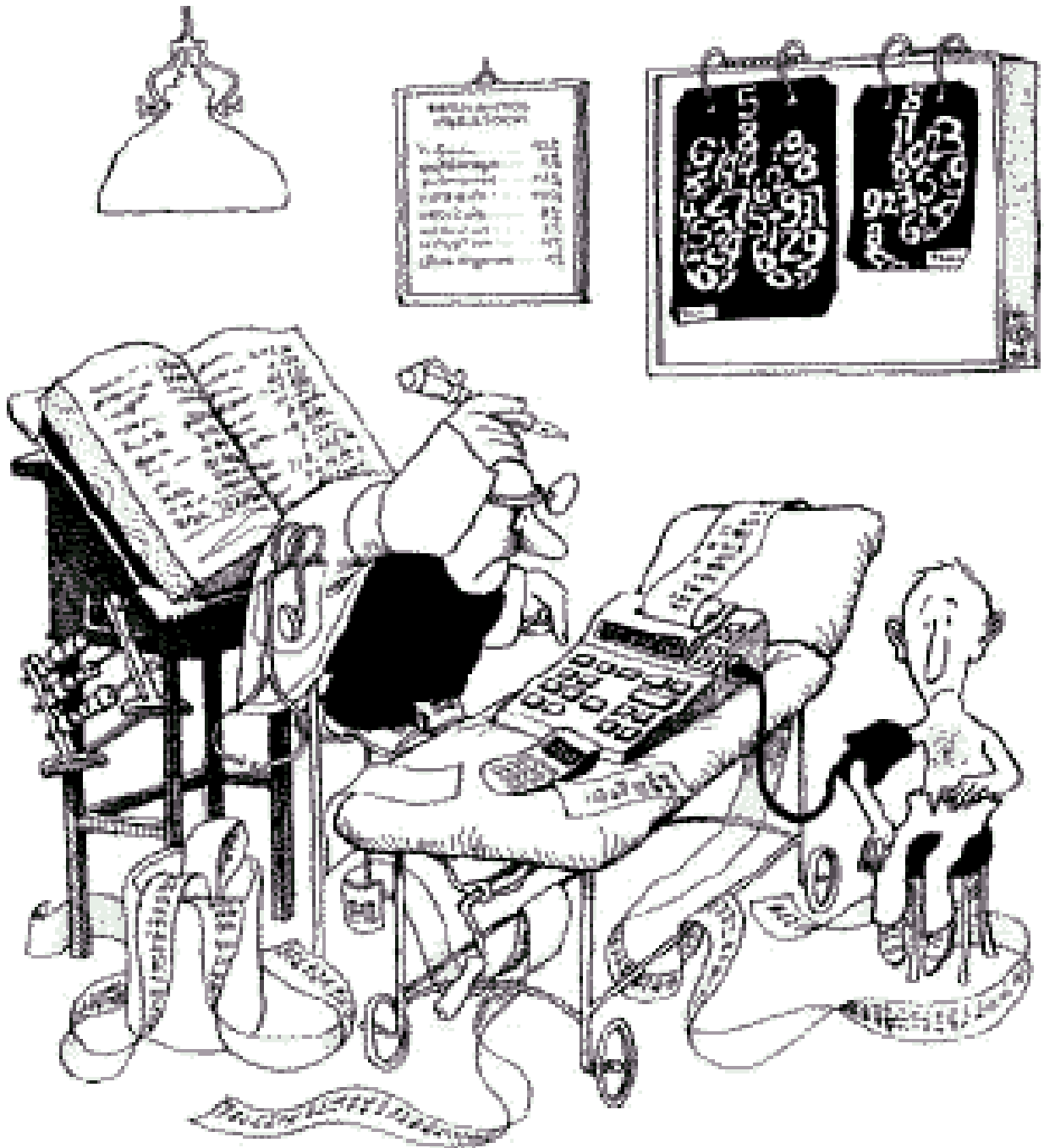
⁵ Sobre mi uso del concepto de Currículum Oculto, véase capítulo 3 pág 57. Aclaro aquí que la explicitación del uso de conceptos y perspectivas analíticas es desarrollada en la trama explicativa a partir de las necesidades de interpretación y no en un “marco teórico” desgajado como texto aparte.

En el cuarto capítulo retomo los testimonios del capítulo número dos, para analizar a la residencia como un estado liminal (Sibergleit 2009a) y comprender cómo en ese proceso, en tanto ritual de pasaje (Turner 1980, 1988), los médicos en formación viven una tensión estructural entre el ser trabajador y el ser estudiante que les quita visibilidad dentro de la institución y no les permite acceder a los derechos plenos de ninguna de estas dos categorías. A su vez, analizo cómo a través de la formación en servicio, no sólo incorporan saberes técnicos, sino que su tránsito por la residencia está mediado por capitales sociales y simbólicos, recursos fundamentales para posteriormente insertarse en el mercado de trabajo. A través de diversos mecanismos, en este proceso los médicos son constreñidos por jerarquías que lentamente delinear aspectos centrales de *habitus* médico⁶. El sistema de residencias es, en definitiva, la usina central de la incorporación de esas estructuras de percepción, valor y sensibilidad. Por último, analizo a la residencia de medicina familiar, como una alternativa al sistema de residencias actual.

Para concluir, retomo la idea de campo médico para pensar cómo los médicos recién recibidos optan por una determinada especialización, conscientes que para formar parte de una élite de especialistas es necesario transitar una residencia donde las exigencias y los maltratos serán mucho mayores, como así también del capital económico, simbólico y social que obtendrán luego de transitar este proceso.

⁶ Sobre mi uso del concepto de *habitus* médico, véase capítulo 3 pág 55.

1. La configuración de las residencias médicas dentro de la biomedicina



Humor gráfico-Quino.

Para poder comprender la complejidad del sistema de residencias médicas y sus consecuencias en la formación y en la vida de los profesionales implicados, es necesario abordar en primera instancia la concepción dominante de medicina que se expresa por detrás de la conformación del Sistema de Atención de la Salud en la Argentina.⁷ Para ello, en primer término realizo una descripción general de los principales rasgos de la biomedicina, para luego trabajar con dos modelos específicos que serán piezas estructurales a lo largo de todo el trabajo: El Modelo Médico Hegemónico y el Modelo de Atención Primaria en Salud.

En una segunda parte, realizo una pequeña introducción del surgimiento de las residencias médicas en el mundo, para luego analizar el proceso a través del cual las residencias médicas se implementaron en Argentina, y los motivos políticos-económicos por los cuales se expanden y consolidan en relación a los dos modelos descriptos en el apartado anterior. Por último, hago una breve descripción de la situación actual de las residencias en función de diversos diagnósticos realizados recientemente.

1.1 El desarrollo de la biomedicina

El Sistema de Salud Estatal Argentino se basa en una forma particular de comprender los procesos de salud-enfermedad: la biomedicina⁸. Esta concepción ha conseguido organizar una institución internacional a la que adhieren oficialmente la mayoría de los países del

⁷ El sistema de salud presenta tres subsectores: el *subsector público*, que cubre fundamentalmente a sectores de menores ingresos y que brinda prestaciones orientadas a la prevención, la curación y el saneamiento; el *subsector de la seguridad social*, que cubre a los trabajadores del sector formal y en algunos casos a sus dependientes; y el *subsector privado*, que generalmente atiende a los sectores de mayores ingresos.

⁸ La biomedicina no es la única manera de comprender los procesos de salud-enfermedad. Se encuentran alusiones sobre diversas formas en las etnografías clásicas, descriptas detalladamente. Un ejemplo de esto es la descripción proporcionada por Malinowsky: “La enfermedad, la salud o la muerte son también el resultado de la magia o la contramagia. Sobre estos asuntos, los trobriandeses disponen de un conjunto de teorías muy complejas y precisas (...) Todas las enfermedades rápidas y virulentas, en especial las que no parecen tener síntomas perceptibles, se atribuyen a las *mulukwasi*, que es como se las llama. Invisibles, vuelan por el aire y se posan en los árboles, los tejados de las casas y otros lugares elevados. Desde allí caen sobre los hombres y las mujeres y les arrancan el “interior”, es decir, los pulmones, el corazón y las tripas, o el cerebro y la lengua. La víctima muere en uno o dos días, a menos que otra bruja, llamada para tal fin y bien retribuida, vaya en busca del perdido “interior” y lo reponga en su sitio.” (Malinowsky, 1986: 89).

mundo actual, como es el caso de la Organización Mundial de la Salud (OMS), que tiene sedes regionales a nivel de los diferentes continentes y en el caso de América se expresa a través de la Organización Panamericana de la Salud (OPS).

La biomedicina se diferencia del resto de las alternativas⁹ de atención de salud al adoptar una forma científica de construcción de su objeto de estudio. A partir de los últimos años del siglo XVIII la medicina dejó de autoperibirse como un *arte*, para convertirse en una *ciencia*¹⁰, lo que contribuyó a que se consolidara como *la* forma hegemónica de atención de la enfermedad a nivel mundial.

Las contribuciones de Foucault son fundantes en la comprensión de la biomedicina como tramas sociales permeables a ser estudiados por la antropología. En este sentido Foucault (2004 [1953]) explica cómo fue necesaria una reorganización del campo hospitalario, una definición nueva del estatuto del enfermo en la sociedad, en base a un discurso basado en la experiencia positivista de objetividad y racionalidad científica, para construir las bases de la medicina que conocemos en la actualidad.

La atención clínica se reorganizó en función de la eficiencia de lo percibido. En palabras de Foucault, “el espacio de la experiencia parece identificarse con el dominio de la mirada atenta, de esta vigilancia empírica abierta a la evidencia de los únicos contenidos visibles” (Foucault, 2004: 6). La *mirada atenta* posibilitó la reorganización de los elementos que construyen el fenómeno patológico articulando la enfermedad al organismo. La asimilación del cuerpo a la máquina a través de los procedimientos técnicos y científicos deja de lado, según Le Breton (2002), el espesor humano. La medicina comenzó a interesarse más por la enfermedad que por el enfermo.

⁹ La biomedicina no es la única forma de entender los procesos de salud-enfermedad en la sociedad. Existen otras concepciones institucionalizadas en mayor o menor medida, conocidas como medicinas alternativas, tales como la homeopatía, la osteopatía, el reiki, la acupuntura, entre otras. Además de la autocuración (Para ampliar ver, por ejemplo : Menéndez, 1992).

¹⁰ Es necesario aclarar que la ciencia es producto de una construcción social y en consecuencia no es desinteresada, asocial y no opera con normas universales para la construcción de conocimiento. El campo científico, como sostiene Bourdieu, es “ un campo social como cualquier otro, con sus relaciones de fuerza y sus monopolios, sus luchas y sus estrategias, sus intereses y sus beneficios, pero donde todos estos *invariantes* revisten formas específicas” (Bourdieu, 1999: 76)

Good (2003), siguiendo los aportes de Foucault, señala que aprender medicina no reside simplemente en la adquisición de nuevos conocimientos, sino que se trata de un proceso que consiste en llegar a habitar en otro mundo a través de modos específicos de ver, escribir y hablar. Según este autor:

“El cuerpo se reconstruye como un cuerpo médico, muy distinto de los cuerpos con los que nos interrelacionamos en la vida cotidiana, y la familiarización con el cuerpo refleja una perspectiva específica, una organizada serie de percepciones y de respuestas emocionales que afloran con la emergencia del cuerpo como un ámbito de conocimiento médico.” (Good, 2003: 141)

En este proceso, Good (2003) resalta la importancia de considerar las *percepciones* y *respuestas emocionales* como parte del proceso de construcción del saber médico. Bonet (2004) retoma esta cuestión a partir de lo que él llama la *tensión estructurante* entre el *saber* y el *sentir*. Ser médico implica, según Bonet, el dominio del *habitus*¹¹ que permite ser incluido como agente en el campo de la biomedicina: “implica aceptar los principios estructuradores de las prácticas que definen a la biomedicina” (Bonet, 2004: 117). Según este autor, los médicos en formación se enfrentan a una *tensión estructurante* entre el *saber* (incorporado mediante formas específicas de ver, escribir y hablar) y el *sentir* que es negado dentro del saber de la biomedicina. Los médicos en formación son envueltos en una totalidad entre el *saber* y el *sentir* que les genera un conflicto, *tensión estructurante* en la que se inculca y transmite el *habitus* médico.

La biomedicina, entonces, es una construcción social que formula el cuerpo humano y la enfermedad de una manera culturalmente específica. No es enteramente objetiva sino

¹¹ Bourdieu define al *habitus* como “sistemas de disposiciones duraderas y transferibles, estructuras estructuradas predispuestas a funcionar como estructuras estructurantes, es decir como principios generadores y organizadores de prácticas y de representaciones que pueden estar objetivamente adaptadas a su fin sin suponer la búsqueda consciente de fines ni el dominio expreso de las operaciones necesarias para alcanzarlos, objetivamente ‘regladas’ y ‘regulares’ sin ser en nada el producto de la obediencia a reglas y, siendo todo esto, colectivamente orquestadas sin ser el producto de la acción organizadora de un director de orquesta” (Bourdieu, 1991: 92) En otros términos, Gutiérrez, simplifica la definición de Bourdieu como “aquellas disposiciones a actuar, percibir, valorar, sentir y pensar de una cierta manera más que otra, disposiciones que han sido interiorizadas por el individuo en el curso de su historia. El *habitus* es, pues, la historia hecha cuerpo” (Gutiérrez, 2006: 68)

que es permeada por múltiples variables subjetivas. No es desinteresada y no opera con normas universales de construcción del conocimiento. El campo médico está permeado por relaciones de fuerza, estrategias e intereses específicos que le dan forma y contenido.

Dentro del campo médico argentino existen dos modelos de atención en salud, que no son enteramente opuestos, sino que responden a diferentes lógicas de acción y, en muchos casos, se complementan: El *Modelo Médico Hegemónico* y el *Modelo de Atención Primaria en Salud*, que nace como crítica del modelo anterior.

1.1.2 El Modelo Médico Hegemónico

El concepto de MMH fue acuñado por el antropólogo Eduardo Menéndez (1988), para explicar los principales rasgos estructurales de la biomedicina en la actualidad.

En una primera etapa, anterior al MMH, se genera un cambio en la posición social del médico, puesto que aumenta el valor de su práctica al estar avalada por la ciencia. El hospital es resignificado en un doble sentido: i) como ámbito de investigación, formación y reproducción de los profesionales de la medicina, que legitiman su monopolio sobre la atención de la salud y excluyen a los profanos de la misma. ii) Como espacio subsidiario de la práctica privada, porque otorga a los médicos el prestigio y la formación necesarios para mantener una buena clientela de pacientes (Comelles, 1993).

El actual MMH surge a finales del siglo XIX. Su origen y desarrollo van de la mano de cambios sociales y económicos profundos, motivados por la revolución industrial y las reivindicaciones del movimiento obrero en materia de atención de salud. En este contexto surge la necesidad de resolver accidentes de trabajo y el tratamiento de ciertas enfermedades originadas por la industrialización. Además, el desarrollo de la cirugía exigía un nuevo modelo de organización hospitalaria y de adiestramiento del personal sanitario.

No obstante, la transformación del modelo clásico no fue una ruptura en relación al MMH, sino una evolución que reforzó sus características fundamentales y eliminó las contradicciones que emergían de una práctica que no había roto radicalmente con la de otros curadores.

El nuevo modelo de práctica médica enfatiza las dimensiones biológicas de la enfermedad y pretende excluir las variables socioculturales de la gestión y la configuración de la enfermedad. A fin de resolver las contradicciones del modelo clásico y su incapacidad para cumplir su propósito de gestión integral de salud, abandona el proyecto colectivo del higienismo ilustrado y se limita a enfocar el problema de las enfermedades particulares. Según Comelles:

“El error del nuevo modelo fue olvidar que lo que cuenta en la resolución de la enfermedad no son sólo los indicadores biológicos, sino también las vivencias sobre la misma y su caracterización social.” (Comelles, 1993: 179)

La problemática que nombra Comelles en relación al MMH fue descrita por Menéndez, quien elaboró una lista de los principales rasgos que lo caracterizan:

“Biologicismo, individualismo, ahistoricidad, asociabilidad, mercantilismo, eficiencia pragmática, asimetría, autoritarismo, participación subordinada y pasiva del paciente, exclusión del conocimiento del consumidor, legitimación jurídica, profesionalización formalizada, identificación con la racionalidad científica y tendencias inductivas al consumo médico.” (Menéndez 1988, 14)

El rasgo estructural dominante, según este autor, es el biologicismo, el cual constituye el factor que garantiza no sólo la científicidad del modelo, sino también la diferenciación y jerarquización respecto a otros factores explicativos. El aprendizaje profesional se hace fundamentalmente a partir de contenidos biológicos relegando otra clase de contenidos relacionados a los procesos sociales, culturales o psicológicos.

El segundo de estos rasgos es la ahistoricidad. La preeminencia de lo coyuntural o circunstancial impide articular los procesos históricos que operan para generar la enfermedad. En consecuencia, las respuestas médicas se agotan en lo urgente.

El biologicismo y la ahistoricidad se refuerzan a través de otro rasgo: la asociabilidad. Aunque en el campo médico hubo discusiones en torno a la importancia de lo “social”, en la práctica su incorporación ha sido casi siempre marginal, yuxtapuesta y episódica. Según el autor:

“Lo social se reconoce en un nivel manifiesto, pero no se aplica a sí mismo. La propia formación médica, así como la investigación, aparece saturada de procesos sociales que no asume en cuanto a sus implicancias ideológicas, en cuanto a la reproducción social que realiza no conscientemente del sistema social en el que opera” (Menéndez, 1988: 154).

La hegemonía de esta concepción biologicista, ahistórica y asocial de la medicina genera, durante la década de 1970, un movimiento contrahegemónico que reivindica una mayor participación de los aspectos económicos, sociales e históricos en los procesos de salud-enfermedad.

1.1.2 El Modelo de Atención Primaria en Salud.

Los años setenta se caracterizaron por la búsqueda de una mayor equidad en la cobertura de los servicios de salud, y el surgimiento de la atención primaria en salud¹² como contrapropuesta a los modelos de salud del momento, caracterizados por la incesante división técnica del trabajo médico y el cuidado automatizado entre distintos trabajadores de la salud.

El MAPS reconoce los factores económico-políticos como determinantes en la construcción de las formas de estratificación social y de los procesos de salud-enfermedad. La construcción de un modelo alternativo debía tomar en cuenta las relaciones entre el concepto de salud, los modos de producción y las formaciones socioeconómicas; las relaciones entre la organización de la acción de salud, los modos de producción, las formaciones socioeconómicas y los conceptos de salud; las investigaciones históricas sobre la formación, el desarrollo y la consolidación de las organizaciones prácticas y de la

¹² Los principales lineamientos en relación a la atención primaria de la salud fueron definidos en la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud de Almá-Atá, realizada en Kazajistán, en 1978. Fue el evento de política de salud internacional más importante de la década de los setenta. La conferencia fue organizada por la OMS/OPS y Unicef, y patrocinado por la entonces URSS. La síntesis de sus intenciones se expresa en la Declaración de Alma-Ata, subrayando la importancia de la atención primaria de salud como estrategia para alcanzar un mejor nivel de salud de los pueblos. Su lema fue «Salud para todos en el año 2000». Además, expresa la necesidad urgente de la toma de acciones por parte de todos los gobiernos, trabajadores de la salud y la comunidad internacional, para proteger y promover el modelo de atención primaria de salud para todos los individuos en el mundo. En ella participaron 134 países y 67 organizaciones internacionales.

educación médica y las actividades de análisis e investigación para enriquecer el marco teórico propuesto (Borell Benz, 2005).

La idea fundamental de las primeras propuestas fue romper con la atención de salud circunscripta a los centros médicos y que la medicina penetre en la comunidad urbana y rural, donde el pueblo vive y trabaja. Trataron de romper con la idea de que el hospital era el único ámbito legítimo de atención y de formación, porque reforzaba la visión del médico como un actor social superior. Por el contrario, esta nueva perspectiva propone una medicina comunitaria basada en el trabajo en equipo, la participación activa de la comunidad y por lo tanto, de una nueva forma de aprender a aprender (Borell Benz, 2005).

Es necesario aclarar que el MAPS no tiene interés en suplantarse en su totalidad al MMH, ya que necesita de la medicina especializada para la atención de las urgencias y casos de alta complejidad. Lo que plantea es un cambio de paradigma en cuanto al foco en la atención primaria en salud, en contraposición a una medicina mercantilista y subespecializada. De esta manera, el MMH y el MAPS luchan por imponer sus visiones e intereses dentro del sistema médico argentino. A lo largo del trabajo profundizaré sobre cómo se expresan las tensiones y contradicciones de estas dos formas de concebir la biomedicina dentro de la educación médica.

1.2 El nacimiento de las residencias médicas como pieza estructural del MMH.

Para comprender el complejo fenómeno de las residencias médicas no sólo es necesario entender la conformación del *habitus* médico a través del estudio de las historias de vida, sino también dar cuenta sobre cómo se han configurado las posiciones sociales dentro del campo médico, en una trayectoria histórica particular. El análisis de la formación y evolución en el tiempo nos permite comprender cómo se fue conformando y reestructurando la red de relaciones, posiciones y conflictos entre los actores sociales dentro del campo médico.

1.2.1. Nacimiento de la residencia en el mundo.

A fines del siglo XIX y principios del siglo XX, Abraham Flexner realizó una serie de estudios que permitieron hacer una reforma radical de la educación médica norteamericana. Para este autor, la principal causa de la deficiente formación de los profesionales de la medicina en Estados Unidos se debía a la proliferación de escuelas de medicina de dudosa calidad académica, debido a restricciones económicas y políticas del momento. Estados Unidos necesitaba menos y mejores médicos, distribuidos más eficientemente en todo el territorio. Concluía que los bajos estándares y el mal entrenamiento de los médicos no debía constituir el método usual para proveer de médicos a las comunidades (Flexner, 1910 citado en Borell Benz 2005).

En base a este diagnóstico, Flexner (1910, citado en Borell Benz 2005) presentó algunas recomendaciones que se convertirían en una guía para estructurar un sistema mejorado de formación de los profesionales en Estados Unidos:

- i) La atención médica debe basarse en el conocimiento de las ciencias biológicas, fundamentalmente en las ciencias básicas (anatomía, fisiología, bioquímica, farmacología, patología);
- ii) Sólo las escuelas de alta calidad deben ser acreditadas para formar médicos y deben estar afiliadas a las universidades;
- iii) Las escuelas aprobadas deben privilegiar la educación en laboratorios, en la experiencia clínica, concentrándose en los aspectos de atención médica individual y con una organización minuciosa de asistencia médica en cada especialidad;
- iv) La enseñanza dentro de un hospital debe contar con un cuerpo clínico propio y permanente, con limitada asistencia ambulatoria;
- v) A fin de asegurar una adecuada práctica para los médicos en formación, cada hospital debía contar con un número determinado de camas para cada alumno.

Dentro de la concepción de Flexner, la medicina debe aceptar como su objetivo estándares y normas científicas en la investigación y en el ejercicio profesional. La educación médica debe entonces ser concebida primordialmente como la labor de capacitar estudiantes en las técnicas intelectuales de la ciencia inductiva. Toda la propuesta de Flexner giró alrededor del rol del médico en el tratamiento de la enfermedad, colocando como fundamental la dimensión biológica de la enfermedad y la atención del individuo basada en la “departamentalización” del conocimiento y la especialización de la práctica médica, fundando el MMH dentro de la formación médica.

Durante los años setenta, el MAPS logra introducir algunos cambios a este paradigma de educación médica, que se orientó hacia la búsqueda de caminos para la articulación de “actividades extra-murales” y el trabajo comunitario; el sistema de estudio-trabajo y las actividades de “integración docencia-servicio”; el desarrollo del eje de “atención primaria” y la incorporación de las ciencias sociales al estudio de los procesos de salud-enfermedad.

A pesar de la influencia del MAPS dentro de la educación médica, Halsted, influenciado por las ideas de Flexner, crea en 1889 la primera residencia médica como modelo educativo de postgrado en el hospital John Hopkins de Baltimore, Estados Unidos. El nuevo sistema de formación se basaba en cuatro premisas básicas: dedicación exclusiva, formación en servicio, enseñanza programada y delegación progresiva de responsabilidades. El nombre de “residencias” se debe a la estancia permanente del médico dentro de las instalaciones hospitalarias (Silberman, 2013). Este modelo, centrado en la formación hospitalaria altamente especializada, se convierte rápidamente en la forma hegemónica de acceso al campo laboral médico, excluyendo la formación orientada a la atención primaria con anclaje territorial, modelo que sí es adoptado por la revolución cubana.

1.2.2. La llegada del sistema de residencia a la Argentina

La historia de las residencias médicas en Argentina nace en manos del Dr. Tiburcio Padilla,¹³ en el año 1944. En el marco de la Cátedra de Semiología de la Universidad de Buenos Aires (UBA), crea los primeros cargos de residentes del país.¹⁴

Pero recién hacia la década de 1950 las residencias comienzan a multiplicarse en cátedras y hospitales, y a organizarse de manera semejante a como se las conoce en la actualidad.

Una curiosidad a destacar es que en la Argentina el sistema de residencias formó parte de un programa de modernización de la enseñanza de la medicina, llevada adelante por profesionales médicos que se habían opuesto al gobierno peronista (Borell Benz, 2005). Hasta entonces, los hospitales estaban orientados hacia la caridad y el aislamiento. Los pacientes eran atendidos por religiosos, ex pacientes que se quedaban en el hospital para hacer tareas por casa y comida, estudiantes de medicina que ejercían su practicanato¹⁵ y un jefe de pabellón que era el único profesional y la máxima autoridad por su prestigio. No había atención ambulatoria y las personas con recursos económicos asistían a los consultorios particulares (Borell Benz, 2005).

¹³ Tiburcio Padilla (1894-1963) fue profesor titular de Semiología y Clínica Propedeútica desde el 12 de agosto de 1931. Había nacido en Tucumán en 1894 y era hijo y nieto de médicos ilustres. Graduado de médico a los 21 años, se inició en la docencia en la Cátedra de Semiología con asiento en la sala IX del Hospital de Clínicas. Apenas llegado a la cátedra, se preocupó en mejorar los métodos didácticos e impartir una enseñanza real y objetiva. Bregó con insistencia en pos de la enseñanza práctica, consiguiendo que la asignatura se dictara diariamente de lunes a sábado. Además de ello, fue uno de los pioneros de la Cardiología Argentina, Secretario del Departamento Nacional de Higiene, Diputado nacional. En 1962 fue designado Secretario de Asistencia Social y Salud Pública de la Nación (Buzzi,2010). Alfredo Buzzi (Profesor Emérito y Decano de la Facultad de Medicina de la Universidad de Buenos Aire) relata sobre su experiencia como alumno del Dr. Padilla: "Para muchos de nosotros fue la mejor cátedra de la Facultad de Medicina, no sólo por la seriedad y jerarquía con que se impartía la enseñanza, sino por el respeto y consideración con que éramos tratados los estudiantes. Se tenía la sensación, en efecto, de que los alumnos constituíamos el centro de la atención del personal de la cátedra. Las clases y trabajos prácticos diarios se sucedían regularmente, sin tardanzas ni suspensiones, se exhibían y renovaban periódicamente esquemas y diagramas semiológicos. Se anotaban en una cartelera aquellos pacientes con síntomas, signos y síndromes de interés para los estudiantes, los que éramos invitados a entrevistar a los pacientes, para estudiar y aprender a reconocer las manifestaciones de la enfermedad. Nunca habíamos tenido, en nuestro paso por la Facultad, una experiencia semejante." (Buzzi 2005, 1)

¹⁴ El título de Dr. o Dra. es un símbolo de prestigio y de diferenciación social que los médicos utilizan desde la carrera de grado, como parte de un conjunto de valores tradicionales (como por ejemplo el guardapolvo) que hacen "respetable a quien lo exhibe y le confiere autoridad." (Castro, 2011)

¹⁵ El practicanato en esa época era un sistema informal de aprendizaje, donde los estudiantes de medicina ayudaban a los docentes en el hospital a cambio de la práctica y los primeros contactos con los pacientes.

El Dr. Ezequiel A. D. Holmberg¹⁶, secretario de Estado de Salud Pública de la Nación (1966 y 1969), describe esta situación:

“Yo me gradué en el 50’. Los hospitales en aquella época funcionaban medio día, cuando funcionaban. El horario teórico era mediodía y después quedaban los practicantes, que no eran médicos, eran de los últimos años y había un médico interno que estaba en algún lado, si alguno lo llamaba, cuando había algún problema.” (Entrevista realizada por el Dr. Agustín Gonzales, 2003)¹⁷

El Dr. Holmberg continúa su relato explicando su papel conjunto a los principales líderes de la profesión, como los Dres. Firnat, Gianantonio, Marique y Brea, muchos de ellos ex residentes en los Estados Unidos, como los principales impulsores del sistema de residencias, tomando como modelo su experiencia en el exterior.

“En Estados Unidos hice la residencia que es totalmente distinto a lo que era acá. La residencia de Estados Unidos era para graduados. Pero con una gran diferencia: En Estados Unidos funciona todo el día. (...) Y allí surgió la idea de realizar una residencia en Buenos Aires cuando volviéramos. Discutimos y cambiamos opiniones acerca de dónde podía ser y resolvimos que podía ser en la sala 20 del Rivadavia.” (Entrevista realizada por el Dr. Agustín Gonzales, 2003)

Los objetivos que se plantearon al crear el sistema de residencias médica fueron mejorar la formación médica y la asistencia hospitalaria en forma simultánea.

Con respecto a la formación médica, previo a la existencia de las residencias, la educación en especialidades en nuestro país se realizaba a través de cursos superiores para graduados. La metodología se centraba en clases magistrales y demostraciones

¹⁶ El Dr. Ezequiel A. D. Holmberg fue Secretario de Salud de Onganía entre 1966 y 1969. Holmberg intentó aplicar, sin éxito, las recomendaciones de los organismos de crédito multilaterales y aferrarse a la teórica "eficacia social" de las intervenciones públicas en salud. El proyecto que destaca en su gestión es el Hospital de Reforma, un antecesor del hospital de autogestión actual, donde destacaba la figura del médico full-time, esto es un profesional al que se le paga un plus para que no trabaje en el sector privado, lo cual fue muy resistido por la corporación médica (Belmartino,2005).

¹⁷ Esta entrevista inédita me fue enviada por correo en formato de audio por el Dr. Agustín Gonzáles, referente político en las manifestaciones realizadas durante el 2010 bajo el lema “36 horas sin dormir: ¿Te opero? ¿Te medico?”

-generalmente con concurrencia masiva- con escasa actividad práctica y sin la exigencia de dedicación exclusiva. El objetivo de los impulsores de la residencia era mejorar la experiencia clínica de los egresados a través de la formación práctica dentro de los hospitales asumiendo progresivamente responsabilidades en la atención a los pacientes, desarrollando capacidades de docencia y supervisión de los residentes de años inferiores y alentando la producción científica (Borell Benz, 2005). De esta manera se lograba también mejorar la calidad asistencial de los hospitales a través de la mano de obra de los jóvenes profesionales recién recibidos, que aumentaban considerablemente el número del personal y la experiencia en relación a los practicantes. Al respecto, el Dr. Holmerg señalaba:

“A nosotros nos interesaba la atención médica en los hospitales. Eso era lo que queríamos mejorar. Que el Hospital funcionara las 24 horas con asistencia médica. No practicantes, sino con graduados que eran los residentes.” (Entrevista realizada por el Dr. Agustín González, 2003)

En este contexto, la residencia médica fue definida en un principio como “un sistema de educación profesional para graduados en escuelas médicas, con capacitación en servicio, a tiempo completo y en un plazo determinado, a fin de prepararlos para la práctica integral, científica, técnica y social de una especialidad” (Resolución Ministerial 1778-61).

La realización de una residencia no era condición necesaria ni suficiente para obtener el certificado de especialista. Para acceder a ese certificado, de acuerdo con la Ley N° 12.912/44, (reglamentada a través del Decreto N° 6.216/44), era necesario acreditar cinco años de experiencia en la especialidad. Es importante destacar que esta norma era funcional para un cierto modo de organización de la profesión médica, en el que predominaban mecanismos informales de reconocimiento mutuo y aceptación dentro de un círculo restringido de especialistas (Borell Benz, 2005).

Por el Decreto N° 17.263 se crea el sistema de residencias en los hospitales municipales. Al sistema se lo define con *carácter educativo-asistencial*. En esa misma ordenanza se introduce por primera vez el concepto de *médico con dedicación exclusiva*, obligando a los

residentes a convertirse en un recurso *full-time* del hospital, permitiendo ampliar la cobertura del mismo.

En el “Primer Encuentro de Residencias Médicas”, en el año 1969, las opiniones coinciden:

“No existe en la opinión pública general una imagen clara del residente que se lo confunde con médicos internos, médicos de guardia o aún practicantes. Sin embargo, existe el consenso popular que los hospitales con residentes están mejor atendidos, demostrando así que la consecuencia asistencial que la Residencia provoca es intensa y fácilmente identificable.” (AA.VV, 1969: 196)

Los hospitales estaban mejor atendidos porque las residencias cubrían un déficit en la asistencia hospitalaria derivada de la insuficiente dedicación de los médicos rentados. Muchos de ellos utilizaban durante la mañana al hospital público como una forma de captar clientes para sus clínicas privadas, que atendían durante la tarde. La residencia generó en consecuencia un rechazo entre estos médicos al suponer que los residentes iban a competir por los pacientes-clientes perjudicando sus intereses económicos: *“se opusieron porque eran competencia a sus pacientes. Los pacientes iban al hospital y no iban al consultorio privado.”* (Holmerg en entrevista realizada por el Dr. Agustín Gonzales, 2003)

Aunque a medida que se consolidaba el sistema en los hospitales, los médicos rentados advirtieron que los residentes constituían en realidad una ventaja, ya que realizaban la mayor parte de las tareas asistenciales, simplificando su trabajo. Al respecto, el Dr. Guillermo Di Paola advierte:

“Los médicos estables pronto las apreciaron, al advertir que los residentes no sólo no competían con ellos sino que les facilitaban a menudo el trabajo de rutina, permitiéndoles así dedicar mayor tiempo, ya sea para super-especializarse o para realizar trabajos de investigación.” (AA.VV, 1969: 70)

Es importante advertir que es precisamente la tensión entre los roles que debían cumplir los médicos de planta y los residentes, lo que termina generando un desequilibrio entre las funciones asistenciales y el carácter educativo de las residencias. En un contexto de insuficientes recursos humanos en los hospitales para hacerse cargo de la atención de

salud de la población, los directivos comenzaron a priorizar la función asistencial de los residentes sobre el carácter formativo de la experiencia:

“El residente realiza a menudo tareas que no le competen. Las fallas provienen además de deficiencias en la planta física, infraestructura hospitalaria y mentalidad de autoridades responsables, que hace que a menudo se deje de lado el fin educativo del sistema.” (AA.VV, 1969: 205)

En síntesis, el sistema de residencia fue planteado en la Argentina desde un comienzo como una forma de mejorar la calidad asistencial del hospital, a partir de una concepción del sistema de salud basado en la intensificación hacia la especialización técnica y la atención hospitalaria. Para ello necesitaban mejorar las condiciones del hospital, aumentando la cantidad y calidad de atención médica a través de los médicos residentes. Lo que permitía mantener la guardia del hospital funcionando las 24 horas con médicos ya formados. La residencia entonces se convirtió en un componente estructural del modelo hospitalario moderno, hasta el punto de que sin este sistema, los hospitales no tendrían hoy forma de sustentarse.

1.2.3. Expansión y consolidación del sistema de residencias

Durante la década de 1950 el sistema de residencias avanzaba progresivamente, más como resultado de varias experiencias exitosas impulsadas por los principales líderes de la profesión que como producto de una política nacional de educación médica de postgrado (Borrell Benz, 2005). En paralelo, el gobierno peronista impulsaba de la mano del Dr. Carrillo¹⁸ la idea del Estado como “planificador hegemónico” y prestador de todos los

¹⁸ El Dr. Ramón Carrillo fue el primer Ministro de Salud Pública de la Nación. Una vez en el cargo, estableció una política sanitaria basada en tres pilares: en principio, todos los hombres tienen igual derecho a la vida y a la sanidad; en segundo lugar, no puede haber política sanitaria sin política social; y por último, de nada sirven las conquistas de la técnica médica si ésta no puede llegar al pueblo por medio de dispositivos adecuados. Dentro de los logros de su gestión se puede nombrar: la creación de 230 establecimientos sanitarios de internación, 50 institutos de salud especializados, 3000 dispensarios y salas de atención primaria de la salud y 2 fábricas de alta tecnología sanitaria. Desde 1946 hasta 1953, el número de camas en los hospitales ascendió de 66.300 a 130.130. La revolución sanitaria dio un total de 4.229 establecimientos instalados (Cendali, 2013).

servicios de salud. Se instaló la universalidad y la gratuidad como principios fundantes de una sociedad inclusiva. En el área de salud esto se manifestaba mediante un plan de inversiones para la creación de hospitales y centros de atención primaria de la salud.

El período entre 1955-1970 se caracterizó por la destrucción del modelo centralizador peronista. El régimen benefactor, que posibilitó sostener un sistema de política pública, encontró su final junto a un nuevo orden económico mundial debilitador de los Estados nacionales, donde se impulsó la transformación desde el estado de Bienestar Centralizado al Estado Mínimo Descentralizado. En el sector salud, esto denotó la consolidación del Subsistema Privado Competitivo, bajo la descentralización que afectó directamente las decisiones y el accionar político-económico en los ámbitos locales (Cendali, 2009). A su vez, en este período la intervención del Estado fue determinante para la expansión de las residencias en todo el país. La Resolución N° 1778/60 del Ministerio de Asistencia Social y Salud Pública de la Nación recogió la experiencia de las primeras residencias y dispuso adoptar el “sistema de Residencia Médica Hospitalaria” para los establecimientos asistenciales dependientes de dicho ministerio. También aprobó su primer Reglamento.

En la década de 1970 se elaboró el discurso ideológico de reforma social del Estado, basado en la concepción del Estado Mínimo, el Mercado como el mejor asignador y distribuidor de recursos, la satisfacción de las necesidades sociales sobre la base de la responsabilidad individual, la acción estatal basada en servicios solamente básicos. La reducción del Estado Nacional implicó la transferencia de funciones a los niveles subnacionales (descentralización) y el desplazamiento hacia el mercado de funciones relativas a la provisión de bienes y prestación de servicios, antes en manos del Estado (privatización) (Chiara y Di Virglio 2005, en Cendali 2009). Desde fines de la década de 1970 y, con mayor claridad, en la década de 1980, se manifiesta una presión creciente de los jóvenes profesionales por hacer especializaciones, motivados de alguna manera por la competencia creciente dentro de la propia profesión y por el mercado de trabajo específico del campo médico.

En los años 90, el gobierno recurrió a políticas de estabilización y ajuste estructural con el objetivo de recuperar los equilibrios macroeconómicos, retirar al Estado de ciertas áreas

económicas, a través de procesos de privatizaciones, y promover la apertura económica (Cohen y Franco 2006, en Cendali 2009). La salud, como un bien económico que se intercambia en el mercado, se inscribió bajo la lógica mercantil que conquista otro ámbito de ganancias privadas. Cuando la población no tiene posibilidades de consumirla de forma particular, puede acceder a las políticas de estado que focalizan su problema y brindan una solución puntual, que suelen ser limitadas en cobertura y tiempo. Así se reduce la responsabilidad del Estado, se saquean las instituciones públicas y se efectúan mínimos programas desarticulados con la intención de “equilibrar”, a través de pocos recursos materiales, la inequidad del sistema (Cendali 2009).

En el año 1993, el documento “Invertir en Salud” del Banco Mundial afirmaba que la salud pertenece al ámbito privado y que el Estado sólo debía ocuparse de ella cuando los privados “no quieren o no pueden hacerlo”. Estas medidas supusieron el abandono de las funciones sociales por parte del Estado y su posterior mercantilización, lo que conllevó -en el caso de la salud- a la imposibilidad de acceso a determinados bienes y recursos para gran parte de la población argentina. Tal es así que los sectores vulnerables quedan insertos en un sistema de salud público empobrecido, desbordado y sin recursos.

En el mercado de trabajo médico, la complejización y tecnificación de la práctica y la notoria deficiencia de la carrera de grado, convirtieron a la formación de postgrado en un requisito indispensable para completar el adiestramiento profesional, lo que impulsa una expansión acelerada de las residencias y carreras de especialización (Borell Benz, 2005).

En esta última década, el Estado recupera su función de rectoría y se adhiere a la estrategia de Atención Primaria de la Salud como eje vertebrador de las políticas de salud. Aunque no ha logrado remendar 4 décadas de políticas que tendieron a la desarticulación del Sistema de Salud Público de la Nación.

1.2.4. Situación Actual

Actualmente, los médicos recién egresados acceden a una residencia a través de un *Examen Único Médico*, que consiste en una prueba de selección múltiple de 100 preguntas, con un nivel mínimo de aprobación de 50 puntos. Cada provincia define los

restantes elementos del concurso (promedio, antecedentes, lugar de nacimiento, idioma y/o entrevista) y el valor relativo de los mismos, según su reglamentación. Cada profesional se inscribe para concursar en una provincia o institución nacional, en la especialidad de su elección. El examen es el mismo para todas las provincias y se toma en la misma fecha y a la misma hora.

En Argentina egresan cada año alrededor de 3.900 médicos de las Universidades públicas y privadas. De estos, aproximadamente la mitad realizan estudios de postgrado a través de las residencias médicas, mientras otros se capacitan a través de las “conurrencias”, modalidad paralela a las residencias aunque *ad honorem*, o a través de *carreras de especialización* que suelen tener una carga práctica menor y en general deben ser financiados por los interesados. Otros datos del 2013 suministrados por el Ministerio de Nación indican que existen 4845 cargos entre el sector público y privado. Siendo el 46% nacionales, 22% provinciales, 21% privados y 11% otros.¹⁹

Dentro del marco legal de las residencias, la Resolución N° 303/2008 del Ministerio de Salud de la Nación establece en su artículo 1° que:

“La residencia en salud es un sistema de formación integral de postgrado para el graduado reciente en las disciplinas que integran el equipo de salud, cuyo objeto es completar su formación en forma exhaustiva, ejercitándolo en el desempeño responsable y eficaz de la disciplina correspondiente, bajo la modalidad de formación en el trabajo” (AA:VV, 2012).

Los artículos 2° y 3° establecen la remuneración a través de una beca de cumplimiento anual y definen las características del “régimen de actividad a tiempo completo, el que no podrá ser inferior a cuarenta y ocho (48) horas semanales, con dedicación exclusiva y mediante la ejecución personal, bajo supervisión, de actos profesionales de complejidad y responsabilidad creciente”(AA.VV,2012).

Esta resolución legisla las horas mínimas de trabajo para un residente, que equivaldrían a 8 hs por día durante 6 días a la semana. Pero no establece el horario máximo de trabajo,

¹⁹ Análisis estadístico de Examen Único 2013. Suministrado por la Dirección Nacional de Capital Humano y Salud Ocupacional. Subsecretaría de Políticas, Regulación y Fiscalización. Secretaría de Políticas, Regulación e Institutos del Ministerio de Salud de la Nación. Abril del 2014.

dejándolo a criterio del hospital. Además, desde el Ministerio de Salud de la Nación se “promueve” que las guardias no excedan el número de 2 semanales y se respete un tiempo no menor a 6 hs de recuperación o descanso post-guardia, así como una distribución uniforme de las guardias a lo largo de todos los años de residencia. Sin embargo, esto último también queda a criterio del hospital, que en la mayoría de los casos no lo cumple.

Un diagnóstico realizado por Taborda (1998, citado en Borell Benz 2005) sobre las residencias médicas identifica las principales falencias del sistema:

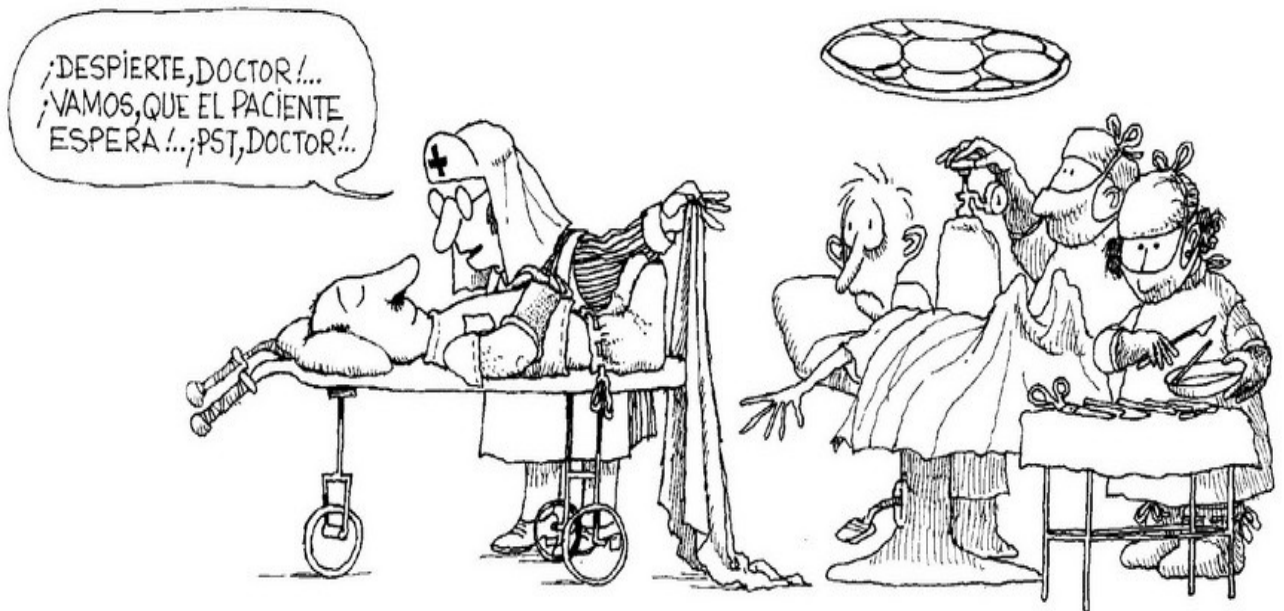
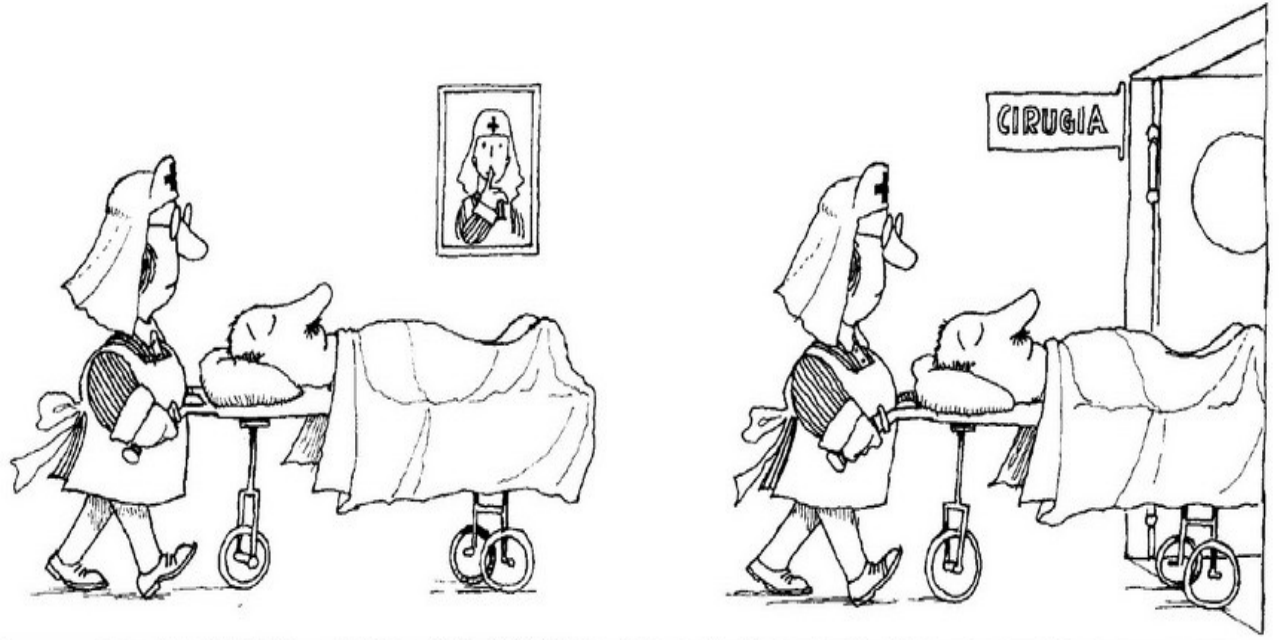
- Modelo vertical y jerárquico.
- Fuerte carga de trabajo, en detrimento de las horas dedicadas a la enseñanza y al estudio.
- Utilización de estos programas para ampliar la cobertura asistencial a bajo costo.
- Teorías pedagógicas de transmisión y adiestramiento con escasa incorporación de procesos reflexivos y fundamentados en metodologías problematizadoras.
- Desarrollo curricular obsoleto.
- Modelo de enseñanza centrado en lo curativo y en la perspectiva del ámbito hospitalario.
- Disociación entre lo biológico y lo psicosocial.
- Poco reconocimiento e incorporación de la investigación como medio formativo.
- Poca claridad e indefinición del concepto y metodología de integración docente-asistencial.
- Inadecuaciones de los perfiles educacionales y su relación con el mercado de trabajo médico, la reforma del sector y la salud de la población.
- Ausencia de un enfoque epidemiológico en los planes de estudio.
- Debilidades de una política de formación de postgrado y su articulación con las nuevas políticas de salud y la reforma sectorial.

- Ausencia de modelos evaluativos permanentes que permitan introducir cambios.
- Debilidad en la conformación del plantel docente; inadecuada remuneración y dedicación horaria.
- Carencia de una estructura de apoyo educacional (biblioteca, conexiones a internet, bibliotecas virtuales, etc.)²⁰

Como describe Taborda, las residencias médicas encuentran su génesis en el MMH del sistema de salud estatal que prioriza la sub-especialización médica y la atención hospitalaria, por sobre la producción de médicos generalistas y una atención basada en los centros de salud en los barrios urbanos y comunidades rurales. Todo ello genera problemas complejos que tienen que ver con el impacto en términos de costo-beneficio de un sistema de atención de salud sostenido bajo un esquema de recursos humanos altamente especializados.

²⁰ Según Borell Benz hay otros problemas estructurales que tiene que ver con el modelo de atención, el costo de la atención y de la formación de médicos generales y especialistas, la plétora médica y los regímenes laborales actuales que apuntan hacia la “flexibilidad laboral”. Según la autora, cada vez más se observa, tanto en Argentina como en el resto de los países, la búsqueda de flexibilidad laboral como uno de los paradigmas en la gestión de personal en el sector salud, adoptada como criterio esencial para disminuir los costos laborales y generar “condiciones de competitividad”. (Borell Benz ,2005: 40).

2. El drama de la residencia.



Humor gráfico-Quino.

La residencia es, sin duda, el camino que la gran mayoría de los jóvenes médicos recién egresados escogen para continuar sus estudios en una especialidad. Pero este extenso sistema de educación no es homogéneo, se encuentra sujeto a variaciones según se trate de un hospital público o privado, si el residente es rentado o *ad honorem*, etc. Al interior de la residencia, cada especialidad se estructura en función de múltiples variables que tienen que ver con las obligaciones y exigencias en cada una, como así también con las relaciones de subordinación y dependencia que se establecen al interior de las mismas y las relaciones que a su vez se establecen entre ellas.

Para poder comprender las particularidades que se establecen dentro de las residencias del HNC, en una primera instancia realizo una pequeña descripción del hospital a modo de contextualización. Luego retrato la heterogeneidad y complejidad del campo a través de mi participación dentro de la guardia del hospital y de diferentes historias de vida.

2.1 El Hospital Nacional de Clínicas como lugar de formación

El hospital ocupa un lugar muy importante en nuestra sociedad, como el espacio físico y social por excelencia destinado al cuidado de la enfermedad y el restablecimiento de la salud.

Goffman describe al hospital como una *institución total*, destinada al “manejo de necesidades sociales mediante la organización burocrática de conglomerados humanos”(Goffman, 2001: 20). Dentro de las características que definen este tipo de establecimientos, se destaca su organización jerárquica; la distribución de las actividades estrictamente programadas; la relación antagónica entre pacientes y personal del hospital; y la vigilancia bajo la misma autoridad única. Aunque se diferencia de otro tipo de instituciones totales -como hospitales psiquiátricos y cárceles- en que los pacientes no están reclusos de la sociedad y se encuentran por un tiempo relativamente acotado, hasta que la salud es recobrada.

El HNC que pertenece a la Universidad Nacional de Córdoba (en adelante UNC) se encuentra organizado en servicios -un conjunto de profesionales con un responsable- sobre la base de las especialidades médicas. Estos servicios funcionan como islas

independientes dentro del hospital, con escasa interacción entre ellos, lo que dificulta generar objetivos en común dentro de la institución y realizar interconsultas entre los especialistas. Además, para su funcionamiento se encuentra dividido en pabellones. Ya desde su inauguración en 1913²¹ contaba con cinco pabellones para hombres y cinco para mujeres con capacidad para 282 enfermos.

Muchos fueron los cambios sufridos por el hospital en sus más de 100 años de existencia. Para dar respuesta a las necesidades de los numerosos pacientes que concurrían a este centro de salud, entre 1915 y 1917 se anexaron nuevos pabellones a la planta inicial del hospital, destinados al servicio de las diferentes especialidades médicas²². En 1980 fue demolido gran parte del predio. Los servicios más afectados fueron los de cirugía y clínica médica, en planta baja y primer piso, a ambos lados de la galería central. El número de camas disminuyó de 436 a 230 (Acerbi 2003). Durante la década de 1990²³, producto de políticas neoliberales que redujeron al mínimo los gastos en el sector público, el hospital sufrió un proceso de deterioro edilicio, institucional y de la planta docente, del cual todavía no se ha recuperado.²⁴

²¹ La Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional de Córdoba fue creada el 10 de Octubre de 1887, durante la presidencia de Domingo Faustino Sarmiento. Junto a ésta, se creó la necesidad de un hospital escuela para formar a los jóvenes estudiantes. Ante la falta del mismo, fue el Hospital San Roque que tomó la responsabilidad de aquella función, mientras se construía ya desde 1885 el Hospital Nacional de Clínicas en el llamado "Barrio de las Quintas", actual Barrio Alberdi. El hospital quedó inaugurado el 24 de Mayo de 1913, cuando la universidad cumplía su tercer siglo de existencia.

²² Se anexó el pabellón infectológico, de aislamiento, otorrinolaringología, oftalmología y anatomía patológica (Acerbi, 2003).

²³ En 1996 el HNC fue declarado Monumento Histórico, por decreto del Poder Ejecutivo Nacional n° 1472.

²⁴ En el año 2003, el Prof. Dr. Fernando J. Soria, director del HNC, escribía en contexto del 90° aniversario del hospital: "Por Decreto Presidencial 578/93 (1993) el Hospital Nacional de Clínicas pasó a ser Hospital Público de Gestión Descentralizada, teniendo que generar recursos propios para autofinanciarse. Esta institución cuenta actualmente con un presupuesto anual de \$180.000 para gastos operativos, y tiene un gasto mensual de \$350.000, cifra que supera ampliamente los recursos otorgados. Por esta razón tiene serias dificultades para adquirir aparatología y sobre todo cubrir gastos que son imprescindibles para ejecutar prácticas médicas. Así mismo es importante aclarar que como hospital público de gestión descentralizada (HPGD), debemos atender gratuitamente a la población sin cobertura. Actualmente en la ciudad de Córdoba el 43% de la población no tiene obra social y el 80% de estos son carenciados. El Hospital de Clínicas atiende a un 30% de pacientes con cobertura de obras sociales y un 70% de carenciados. A ello debemos agregarle la atención de pacientes con obra social (la mayoría con deudas importantes en esta institución por no pagar

Es importante rescatar que el HNC fue planeado desde el inicio como un hospital escuela, a partir de la necesidad de formación de jóvenes estudiantes de la Facultad de Ciencias Médicas de la UNC. En el Artículo 1° del primer reglamento del hospital manifiesta:

“El Hospital Nacional de Clínicas, con arreglo a la Ley de su creación, está destinado especialmente a la enseñanza de las Ciencias Médicas, a cuyo efecto recibirá enfermos mayores de 10 años, no contagiosos, para el estudio práctico, sin distinción de nacionalidad, sexo ni religión” (Garzón 1887, 604).

En esta cita podemos ver cómo la educación es el objetivo fundamental de la institución. Desde la carrera de grado, el hospital representa el lugar del encuentro del estudiante con los enfermos, convirtiéndose en un lugar de formación de la identidad profesional en el proceso de educación de los futuros médicos. Es, por lo tanto, una *institución socializante fundamental* (Bonet, 2004), que “por su organización jerárquica y por su lógica científica, asegura la perennidad de su posición predominante” (Baszanger citado en Bonet 2004, 45). La práctica médica que se realiza en el contexto de la residencia del HNC es considerada como una instancia de formación fundamental e ineludible, convirtiéndose en formadora del *habitus* médico.

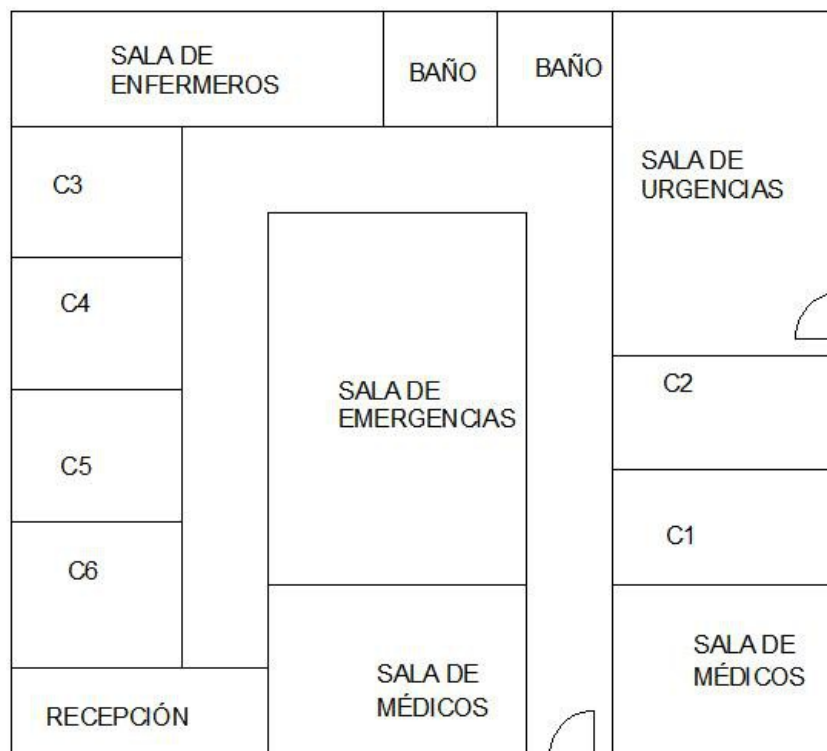
2.2 La guardia: la condensación del conflicto

La mayor expresión de conflicto entre el tiempo para la asistencia médica y las posibilidades de formación de los estudiantes se da en el marco de la guardia de atención de salud del HNC. La guardia es el lugar donde el drama social se condensa a través de los momentos de tensión interpersonal. Las situaciones de conflicto dentro de la misma generan un estado de ánimo común y son canalizadas a partir de formas ritualizadas de autoridad, contiendas y sacrificios que permiten contener el drama (Geertz, 1994).

las prestaciones dadas), pero sin cobertura por corte de servicio en el sector privado. Debemos informar también que no solo cumplimos con la parte asistencial, sino que al ser un hospital escuela, también somos formadores de profesionales de las distintas ramas de la medicina tanto en el pregrado como en el postgrado. En los últimos años, con los avatares económicos y el aumento de los corte de insumos y de las drogas, hemos tenido que llegar a realizar las compras mínimas en forma semanal. Tenemos una deuda con proveedores de \$700.000 y una acreencia con las obras sociales, fundamentalmente con PAMI, de \$1.000.000. Se están realizando todas las gestiones posibles a fin de cobrar nuestras acreencias para cancelar la deuda y poder disponer de créditos para mejorar las prestaciones”(Acerbi 2003, 41, 42).

La guardia del HNC atiende afiliados a DASPU, PASOS, PAMI y personas sin obra social. El área de la guardia tiene dos accesos: Por la sala de espera junto a la mesa de entrada o por la sala de emergencias junto al patio interno donde entran los pacientes que traen las ambulancias. Dentro de la guardia hay 4 consultorios, una sala de curación, un shock room, una sala de emergencia, una sala de urgencias, la enfermería y el baño. La infraestructura es antigua, el descuido y la falta de recursos se percibe a simple vista: ampollas rotas y una aguja cargada con morfina sobre la mesada, una canilla que gotea, camas con sábanas sucias y el baño en muy malas condiciones de higiene.

Figura: Esquema de la guardia del HNC.



Referencia: las "C" representan consultorios.

Fuente: Elaboración propia en base a la observación.

Dentro de la guardia también se encuentran dos salas de médicos enfrentadas una a otra. Curiosamente, aunque las dos salas son para todos los médicos, se dividen en la sala de los

médicos *piolas*²⁵ (todas las especialidades con orientación quirúrgica) y la sala de los médicos *ortibas*²⁶ (las especialidades con orientación clínica). En la sala de los médicos *piolas* siempre hay alguien con quien charlar, que te cebe unos mates o te cuente un chiste. En la sala de los médicos *ortibas* nunca hay nadie y cuando se encuentran siempre están ocupados en algo y no suelen tener tiempo para charlar. Pero la diferencia más grande es que en la sala de los médicos *ortibas* casi nunca duermen.

Las especialidades que realizan mayor cantidad de guardias son clínica médica y cirugía general, que suelen tener 8 guardias al mes. A su vez, son las especialidades que más pacientes tienen internados (alrededor de 50 camas cada una). El resto de las especialidades realiza menos guardias o no realiza, según el jefe de cada servicio²⁷. La guardia para todas las especialidades es de 24 horas. Comienza a las 8 de la mañana con el pase de guardia (donde los médicos que salen de guardia cuentan los casos en tratamiento a los médicos que entran) y termina a las 8 de la mañana del otro día cuando, en vez de tener descanso post guardia, se incorporan al internado hasta la tarde cumpliendo así 36 horas de trabajo continuo.

En la guardia, durante el día hay turnos activos por servicio de 4 horas. De 8 a 12, 12 a 16, 16 a 20, 20 a 24. Durante la noche los turnos son de 2 horas: de 24 a 2, 2 a 4, 4 a 6, 6 a 8. Entonces, por ejemplo: de 8 de la mañana a 12 del medio día se encuentra de guardia

²⁵ En este caso *piola* es utilizado como sinónimo de “despierto”, “buena onda”, “simpático”.

²⁶ En lunfardo *ortiba* es el informante, soplón o alcahuete que bate (informa) a la policía o alguna otra autoridad. El término pasó luego a significar no solo al informante de la policía sino a cualquier persona que no puede conservar un secreto o confidencia. Actualmente el significado es menos restrictivo aún y los jóvenes lo utilizan para aludir a cualquier persona que no cumple con las expectativas esperadas (“Dale, no faltés, no seas *ortiba*”). En este caso refiere a la última definición, como sinónimo de “mala onda.”

²⁷ El programa de la residencia establece para cada año de cursada distintos objetivos, actividades y obligaciones. Cada cátedra está formada por los residentes de primero a cuarto año y por el jefe de residentes que, en teoría, es elegido entre los R4 del año anterior, aunque también suele ser un R4 del mismo año. Además del jefe de residentes, el equipo docente se conforma por el Coordinador del programa, quien es el jefe de servicio y su función central es definir el programa de formación, realizar su seguimiento y evaluación y participar de la evaluación de los residentes. Y además el Instructor de residentes, quien asiste al coordinador docente en la articulación de toda la actividad académica de la residencia. En la práctica, cada especialización se organiza según las especificidades de las mismas y el criterio de cada servicio.

activa el segundo año²⁸ (desde ahora R2) de clínica médica, el R4 de cirugía, el R1 de psiquiatría y el R2 de dermatología, además de un médico de planta que no hace *trabajo de soldado* (no ve a los pacientes), sino que *está de consulta*. Este grupo se hace cargo de toda la demanda ambulatoria dentro de ese horario, hasta que son reemplazados por otros. En el momento en que el médico no está de guardia activa puede continuar su trabajo en la internación, dormir o descansar.

Históricamente se dio por sobrentendido que los residentes de cirugía general y, sobre todo, clínica médica debían estar las 24 horas en la guardia sin dormir, con la excusa que la mayoría de los casos que entran en la guardia necesitan ser atendidos por estos. Al principio era una excepción y luego fue convirtiéndose en la regla. Entonces, mientras el resto de las especialidades cumplía su turno de guardia activa y se iban a dormir, los residentes de clínica médica y cirugía debían permanecer despiertos. Esto generó que otros servicios no bajaran al turno correspondiente porque sabían que la guardia estaba cubierta. Actualmente los clínicos están intentando revertir esta situación, por lo que tratan de turnarse para ir a dormir aunque sea 2 o 3 horas. Como las demás especialidades no bajan, la guardia colapsa y se producen altercados y discusiones entre los médicos.

En la guardia no sólo se encuentran los médicos en formación, además están los practicantes: alumnos de la carrera de medicina de 4to y 5to año que van a aprender a la guardia por lo que necesitan constante ayuda y atención. Los médicos en formación en clínica médica de todos los años suelen estar muy atareados con varios pacientes cada uno, por lo que no tienen tiempo para responder a las inquietudes de los practicantes. En cambio, los médicos en formación *mayores* (de los últimos años) de las especialidades quirúrgicas y los jefes de guardia, suelen quedarse dentro de la sala de médicos para recibir las consultas de los practicantes y residentes *menores*.

²⁸ 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 (Bonet 2004).

Los practicantes *le cuentan un paciente* a uno de estos médicos mayores y sin que estos se molesten en revisar al paciente lo diagnostican y recetan *de palabra*, siendo el practicante el encargado de ejecutar las indicaciones. A través de este mecanismo de consulta, un médico en formación toma decisiones sobre un paciente que pueden tener consecuencias graves. Ello produce conflictos con los médicos en formación en clínica médica que no acreditan ese accionar, pero tampoco tienen tiempo de ayudarlos. A raíz de esto, los practicantes prefieren estar en la sala junto a los médicos con los que pueden charlar y evacuar sus dudas, a los que llaman *piolas*, y no en la sala junto a los clínicos que llaman *ortibas*.

Otro hecho donde se manifiestan estas diferencias entre las especialidades es en el asado de la noche²⁹. Todas las semanas los médicos *piolas* hacen un asado para juntarse, charlar y hacer más amena la guardia. En el momento de comer el asado no queda nadie atendiendo. ¿Quiénes son los únicos que quedan? Los R1 de diferentes especialidades y los médicos en formación en clínica médica. Entonces ellos pasan a ser los *ortibas* porque nunca van al asado con las otras especialidades. Pero en realidad lo que sucede es que están sosteniendo la guardia fuera de su turno de guardia activa para que el resto de las especialidades puedan comer. A partir de estas pequeñas situaciones se generan tensiones entre las diferentes especialidades que terminan en discusiones y peleas.

Además de estas tensiones, la guardia tiene un orden verticalista que en palabras de los mismos médicos, se asemeja al orden militar. El jefe de guardia manda sobre el R4, el R4 sobre el R3, el R3 sobre el R2 y el R1 sobre los practicantes. Por ejemplo, el jefe de guardia

²⁹ La capacidad de hacer un buen asado está ligada a la sociabilidad masculina y dan forma a un universo de género del que las mujeres suelen estar excluidas. “El asado remite a un ritual, a una ceremonia y a una celebración del exceso” (Archetti 1999b: 230). Según Gil (2004), Al consumir este alimento de manera compartida en un contexto ritual que -a partir de la continuidad de condiciones estructurales e históricas del consumo de carne- define un universo moral masculino. Se trata de una comunión grupal en la que aparecen con fuerza algunos de los valores imaginarios del hombre ideal: compañerismo, fuerza, pasión, virilidad, voracidad y resistencia. El asado ofrece la posibilidad de construir contextos de convivencia que van más allá de los usuales efectos de la comensalidad cotidiana. Por sus aspectos prácticos (fácil de hacer, rápido para comer, relativamente barato) y simbólicos (la comunión grupal masculina, su marca nacional) logra expresar la mayor densidad significativa en los espacios rituales.

(un médico cirujano) realiza observaciones sobre la conducta que espera de los médicos en formación y la manera de lograrlo en tono militar:

“Los re cago a pedo, pero les doy su lugar. Les doy su lugar pero les exijo fundamentalmente disciplina. Disciplina en forma total. Yo soy muy compañero de ellos pero se blandean un poco y ya los calzo. Los sacudo con un palo. (...) La única forma es 3 palabras mágicas: sangre, sudor y lágrimas.”

Las jerarquías, la disciplina y los castigos³⁰ son parte de la formación diaria de los médicos en formación. A medida que van adquiriendo más experiencia y jerarquía dentro de la guardia, reproducen estas prácticas sobre los médicos en formación *menores*.

Como toda regla, ésta tiene su excepción. La excepción del régimen de guardias del resto de las especialidades es la residencia de los médicos *light*³¹. Así llaman algunos médicos despectivamente a los médicos de familia que se especializan en la atención primaria de la salud. Debido a que el HNC no posee pediatría y obstetricia, que son competencias mínimas para un médico de familia, las guardias en esta especialidad las realizan en el Hospital Municipal General Príncipe de Asturias ubicado en el barrio Villa el Libertador. Los médicos en formación de esta especialidad se incorporan a la guardia a las 5 de la tarde, luego de ir al dispensario y asistir a las clases de formación y se retiran de la guardia a las 8 de la mañana. En vez de incorporarse nuevamente a la actividad diaria, tienen descanso post guardia: pueden ir a descansar a sus domicilios hasta la tarde, cuando vuelven a tener clases teóricas.

Dentro de la guardia conviven con médicos formados en la residencia tradicional que ven a estos como médicos *lights*, médicos *hippies* que saben *un poquito de cada cosa* y *“pierden todo el día con los pacientes haciendo familigramas”*. Los médicos de familia en realidad realizan cuestionarios a los pacientes en relación a su contexto bio-psico-social y entienden a los procesos de salud enfermedad desde una perspectiva asociado al MAPS, lo

³⁰ Dentro de los castigos más usuales se encuentran las guardias castigo y la obligación de estudiar sobre un tema en particular. Sobre este tema me explayaré en el cuarto capítulo.

³¹ Esta palabra significa en inglés suave o ligero. En este caso se utiliza como sinónimo de fácil o poco serio.

que genera conflictos con el resto de las especialidades de la guardia que están formados dentro del MMH.

A continuación podemos observar la heterogeneidad de experiencias a partir de algunos testimonios.

2.2.1 Pablo: El sacrificio de la concurrencia.

Pablo tiene 31 años, actualmente cursa el cuarto año de la concurrencia en la especialidad de cirugía general. Es alto y siempre utiliza un guardapolvo blanco impecable, como es común entre los médicos cirujanos. Mantiene un trato formal con sus compañeros, al igual que conmigo. Entre ellos se llaman de Doctor acompañado por el apellido.³²

Pablo eligió estudiar medicina influenciado por su madre nutricionista. A los 18 años vino desde Santa Rosa, provincia de La Pampa, para cursar la Carrera de Medicina en la UNC. Luego de 8 años de carrera se recibió y comenzó a trabajar como médico general en un servicio de emergencia de Villa María.

“Todo ese tiempo que te conté, estuve laburando en una ambulancia en Villa María, tratando de hacerme los primeros mangos. Fue una etapa de mucho miedo. (...) Estaba arriba de la ambulancia con libros. Cada paciente es un desafío porque son los primeros pacientes que ves, con el stress que suma estar arriba de una ambulancia. No es que estás haciendo un consultorio donde todo se puede pilotear, se puede manejar, porque no es una urgencia. En la ambulancia ¡Todo es ya! Tenés que tomar las decisiones ya ¡Corre riesgo la vida del tipo! A veces se te queman los libros y ahí más o menos vas viendo.”

Luego de un año y medio de trabajar en el servicio de emergencia decidió estudiar medicina general:

³² Otra característica de los médicos cirujanos era que insistían en llamarme doctora, por más que le explicara muchas veces que no soy doctora ni médica. Esta insistencia no es casual ya que desde los inicios de la carrera, los alumnos reciben el trato de “doctor” o “doctora” por parte de sus profesores. Se trata de prácticas constituyentes de una identidad como íconos de un conjunto de valores tradicionales que hacen “respetable” a quien los exhibe y le confieren autoridad. (Castro, 2011)

“Decidí que realmente la medicina se aprende en la residencia. La facultad te da un conocimiento más bien teórico, pero la medicina tiene que ver mucho con la práctica diaria con el paciente y con el aprendizaje que te puedan brindar tus maestros.”

Para poder acceder a la residencia fue necesario rendir el *examen único nacional* donde quedó en el vigésimo lugar. Las becas se dan por orden de mérito, así también la posibilidad de optar por el hospital donde realizar la residencia. Cuando fue su oportunidad de elegir ya no quedaban cargos rentados y sólo le ofrecieron un cargo no pago. Entró en el servicio de cirugía general en el HNC donde solamente ingresa un residente de cirugía pago por año y hasta dos concurrentes. El concurrente en la especialidad de cirugía general realiza la misma tarea asistencial que realiza un residente, bajo la misma carga horaria con la diferencia que no cobra un sueldo, no tiene obra social ni aportes jubilatorios.

“Elegí ser concurrente no porque no quiera gozar de una remuneración sino porque uno tiene la necesidad de formarse; la necesidad de aprender medicina para poder brindar un buen servicio, para poder ser un buen médico. Para poder hacer algo con cierta complejidad. Porque ser médico hoy sin especialidad te condena a ver casos de gripe y gastroenteritis y no salir de la clínica y ver patologías ambulatorias (...) el sistema juega con esa necesidad que tenemos los médicos de formarnos.”

Pablo tuvo que comenzar a trabajar en “EMI”, una empresa de servicio de emergencia, para aportar a la economía familiar ya que es uno de los pocos médicos en formación que tiene esposa e hijo.

“Primer año fue muy difícil para mí: entrábamos acá casi 5.30- 6:00 de la mañana. La tarea del hospital de primer año es muy pesada, tenés que hacer muchísimas cosas. Salíamos a las 4 de la tarde y de ahí me iba a trabajar afuera al servicio de emergencia y volvía a las 12 de la noche. Llegaba a mi casa me pegaba un baño, me acostaba a dormir y al otro día lo mismo. Fue un año y medio muy complicado. Cuando el residente termina la tarea de acá se va a la casa, puede estudiar, puede descansar y uno no. (...) Te produce un sentimiento de frustración, te produce un sentimiento de resentimiento con el sistema, en el sentido de que vos venís acá a las 6 de la mañana; te podes pinchar en cirugía; podes adquirir una hepatitis

B; un VIH, todo: tu intelecto, tus ganas, tu esfuerzo, tu tiempo y al final del mes no ves ni un peso.”

Durante su primer año, los médicos en formación tienen la obligación de recibir al paciente, interrogarlo, hacer un examen físico, hacer el diagnóstico, pedir el laboratorio, pedir todo el resto de los exámenes complementarios, hacer la historia clínica, hacer todos los trámites, hacerle el electrocardiograma, llevarlo para hacerle una placa de tórax, entre otras múltiples tareas. A medida que va avanzando en la carrera las tareas van disminuyendo. El residente de tercer al cuarto año ve el paciente directamente con los estudios realizados, vuelve a interrogar al paciente y verifica el diagnóstico propuesto por el residente menor.

“Los residentes de primero y segundo año es impresionante la cantidad de cosas que tienen que hacer. Trabajo esclavo, trabajo sucio, hacen todo. Pero las decisiones, las cosas más importantes, las toman los más grandes. Los servicios de cirugía son muy verticalistas y eso se nota mucho en la guardia. El de cuarto es como un médico que tiene autoridad máxima; con él no se discute nada y no tiene mucha relación con los demás. Es difícil ser jefe, mantener el respeto y ser amigo de los demás.”

El verticalismo del servicio de cirugía no sólo se caracteriza por la disminución de tareas y el aumento de autoridad y responsabilidad a medida que van aumentando los años dentro de la residencia, sino que se suma el abuso de autoridad que profesores y residentes mayores ejercen sobre los menores, como testimonia Pablo:

“Que no me dejen ir a comer y que me tengan acá viendo pacientes. Que me recriminen por qué no estoy en la guardia, cuando también tengo obligaciones que hacer en el servicio. Que me maltraten en cirugía, por ejemplo, que te tilden de inútil, de que uno no sabe. (...) Después pasa el tiempo y esa misma gente te empieza a verte con otros ojos y te empieza a tratar bien. La torta se da vuelta y ya te encontrás con un poco más de peso en el servicio, te tratan bien porque pasan a respetarte.”

Los médicos en formación en cirugía general realizan hasta 8 guardias de 24 horas por mes, sin descanso post guardia. Realizan una guardia fija durante la semana y una guardia rotatoria durante el fin de semana. Los residentes que realizan guardia fija viernes o lunes,

se les superpone con el sábado o el domingo, sumando 48 horas de guardia continua. En el caso de Pablo que tiene guardia fija el lunes, cuando realiza guardia los domingos, el martes se reincorpora al servicio luego de 48 horas de guardia cumpliendo al final 60 horas de trabajo continuo, sin descanso.

“El martes a la mañana sigue nuestra actividad en el servicio y el martes tenemos que operar. En 48 horas de trabajo dormimos 6 horas. Entonces estamos operando con ese nivel de cansancio. Cuando no tenés la experiencia no hacés el trabajo tan automático, te cuesta seguir los pasos de la cirugía; prestar atención te cuesta mucho. Realmente es una tarea difícil, no es algo fácil. Ni el físico ni la cabeza te dan para estar 2 o 3 horas en la cirugía.”

Cuando no están de guardia, la actividad en el servicio consiste en atender los consultorios: los médicos menores realizan los pre y post quirúrgicos y las curaciones y los médicos mayores operan.

Los ateneos deberían ser espacios de formación pero muchas veces solo consisten en exposiciones donde los estudiantes presentan a sus pacientes y los docentes marcan cuáles han sido los errores. Cuando hay congresos, los médicos menores deben quedarse y hacerse cargo por completo de la sala para que los residentes mayores y los médicos de planta puedan asistir.

En un futuro, a Pablo le gustaría poder trabajar en la ciudad de Córdoba en lo que se especializó, aunque reconoce:

“La cuota de cirujanos en los hospitales está llena. Poder entrar en algún lugar para trabajar es algo muy difícil. Tengo amigos que se han recibido de cirujanos y no tienen trabajo. Como cirujano, trabajo de médico hay, pero es relativo, yo quiero trabajar de lo que sé hacer.”

En este duro testimonio se puede observar la necesidad de formación práctica de Pablo, que lo empuja a realizar una residencia *ad honorem*, haciendo un gran sacrificio, trabajando aparte para poder sostener su familia. Por otro lado, se observa la marcada jerarquía dentro de la especialidad de cirugía general y cómo se expresa en los distintos años de formación.

2.2.2 Mónica: La falta de sueño.

Mónica, hija de padres profesionales, es médica clínica y durante 1 año fue jefe de residentes en el Hospital de Clínicas. Cursó medicina en la UNC. Al terminar decidió realizar una residencia en clínica médica porque:

“La carrera en la facultad te suelta muy crudo: mucho teórico pero estás en pelotas. Entonces, al hacer clínica médica aprendés medicina en realidad. Todo lo que estudiaste antes lo podés aplicar. Y después podés dedicarte a algo más especializado, más chiquitito, más concreto.”

En ese momento había 4 puestos en la provincia para la especialidad de clínica médica. Quedó tercera en el orden de mérito por lo que no tuvo posibilidad de elegir a dónde quería entrar. Había elegido el primero, había elegido el segundo y ella solo pudo optar entre el HNC o irse a Río Cuarto.

Los residentes de clínica médica se caracterizan por tener un trato mucho más informal y horizontal entre ellos que los médicos cirujanos, se llaman entre ellos por el nombre. Una característica que los representa, es el pañuelo tipo palestino en el cuello, tanto en hombres como mujeres.

La residencia en clínica médica se divide en 3 áreas: el área asistencial durante la mañana, actividad académica durante la tarde y las guardias. La carga horaria en teoría es de 40 horas semanales, de lunes a viernes de 8 a 16 horas. Además realizan entre 6 y 8 guardias mensuales sin descanso post guardia en función del personal disponible y el criterio del servicio. Pero, en general, si hay una urgencia se quedan hasta que termine el problema. Por lo que la carga horaria excede ampliamente las 40 horas semanales. Usualmente tienen un fin de semana libre al mes.

“Tu contrato dice que estás a disponibilidad todo el tiempo del hospital. Si hay alguna emergencia o algo por lo que se requiera más gente se te va a sobrecargar más el horario. Vos sos un recurso del hospital full time.”

Mónica recuerda su primer año como un año de mucho miedo, porque el residente de primer año es el que menos sabe y el más exigido.

“De repente te encontrabas de guardia a cargo de 30 pacientes internados. De la guardia te llamaban: “te estoy internando uno en tal lado”. Pasaban 10 pacientes que tenías que hacerle el ingreso, sentías que no te daba el tiempo realmente. Y es característico, por lo menos en la guardia que yo estuve, los destrozan a los de primer año. “¿Por qué no te diste cuenta?” “¿Por qué no hiciste esto?”. La presión sobre los residentes de primer año es inmensa. Siempre te faltó algo, siempre algo estaba mal, siempre algo estaba incompleto. Era sobrevivir a eso. Hay mucha gente que ha dejado en primer año: “Yo no sirvo para esto, si está siempre mal lo que yo hago.” Y a mí me costó mucho el tema del descanso, de no poder dormir. El día anterior a la guardia me angustiaba mucho, no quería ir, no dormía la noche antes. Eso me duró todo primer año, ya después sabía que tenía que ir y no pasa nada. Me gustó que tuve muy buenos compañeros de residencia. Éramos cinco o seis, todos residentes nada más, los otros concurrentes. Pero me tocó a mí un muy buen grupo, eran todos muy compañeros. Si hacía falta quedarse para ayudar, nos quedábamos. Eso me animó mucho a poder sobrevivir y el hecho que me pagaran un sueldo. Otros compañeros míos tenían que hacer eso mismo y después irse a trabajar a otro lado porque eran concurrentes. Primer año la verdad no me gustó nada, primer año lo sufrí terriblemente”.

Al igual que la residencia en cirugía general, el servicio de clínica médica se caracteriza por ser verticalista, donde el residente menor se hace cargo de la guardia y el servicio sin tener las facultades suficientes para hacerlo y sin la supervisión necesaria. Incoherentemente, quien menos sabe es quien más tareas cumple y quien atiende a los pacientes. Como afirma Mónica:

“El hospital dispone de tu tiempo, con excusa de que estás en formación entonces se te sobre exige demasiado. Eso de que estás supervisado por un médico mayor, o un médico especialista, no se cumple. Y vos te encontrás en segundo año, sabiendo poco y nada a cargo de una guardia, donde hay pacientes graves, pacientes que se están por morir, pacientes que dependen de vos. Y no es el objetivo, el objetivo no es que vos te sientas en ese stress ni que el paciente esté atendido por alguien que no sabe atenderlo todavía. (...) El hecho de que te atiendan a las 4.30 de la mañana un médico que hace 24 horas que no duerme, no sirve. Yo no voy a aprender nada a esa hora y el paciente corre peligro.”

El stress, la falta de sueño, el aislamiento y la mala alimentación no permiten que los médicos en formación realicen sus tareas correctamente en el hospital, ni poder estudiar,

ni asimilar los conocimientos aprendidos durante el día. A su vez, su vida social queda reducida al trabajo y a dormir cuando logran hacerlo.

“Yo volvía acá a las 4 de la tarde después de haber estado 36 horas en el hospital y era la sensación más linda en el mundo bañarte y acostarte, te morías. Pero yo me obligaba esa noche a despertarme, levantarme a comer. Sino sentía que no tenía vida, que me la pasaba en el hospital o durmiendo. Pero hay gente que no puede, que se duerme todo hasta el día siguiente. Se han roto relaciones de pareja a montones, gente que no ve al padre, que no limpia su casa durante 20 días. Cuando podía dormir, dormía mal, me despertaba a cada rato, nunca me podía relajar para poderme dormir profundo. Y durante 4 años lo único que repetía era que iba a dormir, “¿Que vas hacer hoy?” ¡Dormir! lo único que quería hacer durante el día era dormir. Y ahora que estoy haciendo infectología que es mucho más livianita siento que el cansancio no se me fue nunca, que envejecí 10 años ahí adentro, y que quedé cansada para todo el viaje. Son 4 años de dormir muy poco. Muy poco.”

El jefe de residente, en teoría, debería ser un médico que ya terminó su residencia. Pero en la práctica el jefe de residentes es un residente de cuarto año. Cumple las tareas como todos sus compañeros: atender camas, pacientes, hacer trabajos para presentar, etc. Y a su vez organizar el servicio de guardias, impone guardias-castigo, habla con el jefe de servicios, establece la fecha de los exámenes, los cronogramas de clases y muchas otras tareas. Mónica fue elegida por votación entre los compañeros de todos los años. Sólo puede ser jefe de residentes un R4 becado.

“Es difícil tener que dirigir a tus compañeros, porque son tus propios compañeros, hay que decirles que día tienen guardia, si tienen guardia pasiva, que vayan a clases. Es difícil que te respeten como una autoridad porque son en realidad lo mismo que vos. (...) En realidad vos no te sentís con la autoridad, porque es un par. Pero había que hacerlo. Había compañeros que llegaban sistemáticamente todos los días una hora tarde y por más horas castigos que le pusiera seguía llegando tarde. Se la pasaban haciendo guardia castigo. Me costó al principio pero ya después ellos lo tenían asimilado.”

Las guardias-castigo son guardias extras a las que corresponden. Si alguien comete algún error como llegar tarde varias veces, no presentar un trabajo en una clase o si quedó la historia clínica en blanco ese día, está previsto en el reglamento que se pongan guardias

extras como castigo. Pueden ser de 2 horas, 4 horas o medio día. Están obligados a cumplirlas para no ser excluidos de la residencia. Mónica recuerda de sus docentes:

“Hacen abuso de autoridad, ponen guardia castigo por boludeces, los maltratan directamente. En un pase de guardia que le falta un dato, o se olvidaron de controlarle la temperatura a uno. Yo no lo haría, no lo hice nunca. Pero si me preocupaba esto de la justicia. Que estuviera todo lo más parejito posible. A mí no me es fácil dirigir gente, muchas veces yo reconozco que por no sobrecargar al compañero me sobrecargaba yo misma. Si entraba una consulta a las 2 de la tarde cuando todos ya habían visto sus pacientes, no me daba la cara para ir a decirle a alguien, tenés que ir a ver otro paciente. Iba yo. Como jefa de residentes estaba autorizada a hacerlo, pero no me gustaba.”

Actualmente, Mónica cursa la residencia en infectología y trabaja como médica clínica. Como conclusión recuerda:

“Ha habido casos de suicidio, por ejemplo, o cuadros psiquiátricos importantes. Gente que tuvo que dejar de hacerlo porque le hizo un perjuicio para su salud. Y yo no creo que ese sea el objetivo de ninguna manera. Si te querés formar y dedicarle todo el tiempo que haga falta, pero que tu vida no se vaya en eso. No tiene ningún sentido. Como te digo, terminé hace 3 años y no se me fue nunca el cansancio, como que dejaste tu vida ahí.”

En este testimonio se puede observar como impacta negativamente la sobre exigencia de la residencia, tanto en la vida profesional como personal de Mónica. Al igual que en cirugía, los médicos en formación de los primeros años son los más exigidos. Además Mónica, como jefa de residentes, se encuentra en una contradicción al tener que mandar sobre sus mismos pares.

2.2.3 Santiago: La búsqueda de una alternativa al sistema.

Santiago cursa el segundo año de medicina familiar con 26 años. Proviene de una familia de profesionales, su padre fue militante del partido intransigente e intendente de su pueblo en 1993. Los médicos de familia se caracterizan por no usar permanentemente el guardapolvo como las demás especializaciones. Cuando están atendiendo, por lo general se lo sacan. Tienen un trato y una vestimenta informal. Y muchas de las mujeres usan aros grandes.

En Córdoba se puede cursar medicina de familia tanto como postgrado o como residencia. Santiago optó por la residencia porque, además de ofrecerle una estabilidad económica por 3 años, es su objetivo acumular experiencia de atención en salud en un dispensario. Cuenta entre sus planes conocer cómo es el sistema municipal de atención a la salud, ya que le gustaría estudiarlo en un futuro.

A diferencia de muchas residencias, en la de medicina familiar los puestos suelen quedar vacantes a nivel estatal. Como el perfil es mayoritariamente de atención primaria de la salud, la residencia se estructura de forma diferente al resto. La práctica profesional la realizan a la mañana en centros periféricos de atención municipal. Durante la tarde realizan actividades académicas y realizan 6 guardias de 24 horas mensuales. Se diferencia del resto de las residencias también por la horizontalidad en el trato entre los médicos en formación y el descanso post guardia.

“Algo muy fuerte que tiene esta residencia es el espíritu: es que más allá de que no soy amigo de todos mis compañeros somos re corporativistas y los derechos de los residentes los pechamos a full. Cosa que es re difícil verlo en otro lado. No hay rangos entre los residentes, el de tercer año no tiene ningún derecho y no ejerce ningún... lo matás al de tercero si te dice “pendejo hace tal cosa.” Eso no está permitido, horizontalidad a full. Que no sé si lo vas a encontrar en otro tipo de residencias y que para mí también es troncal.”

Los centros de salud están divididos en zona norte y zona sur. Los centros más cercanos al HNC están ubicados en Barrio Alberdi y los centros más cercanos al Hospital General Municipal Príncipe de Asturias, se localizan en Barrio Villa del Libertador. Las actividades académicas también se dividen entre estos dos polos.

“Entonces la cosa es que nosotros tenemos descanso post guardia, tenemos 6 guardias mensuales, que es poco comparado con otros residentes. Vamos al centro de salud, volvemos, tenemos clases hasta las 5 de la tarde y recién ahí entramos a la guardia de la semana. Nosotros tenemos guardia los lunes y desde las 5 hasta las 8 del otro día. Son 24 horas seguidas de laburo. Yo salgo de acá a las 7 y me vuelvo a las 8. Pero eso también esta bueno de ir cambiando de ambiente y no estar en la clínica todo el día metido, excepto los fines de semana que sí, entramos a las 8 de la mañana a la guardia hasta las 8 de la mañana

del otro día. Cuando hay meses de 4 semanas serían una vez a la semana, más dos del fin de semana para contar las 6 guardias. El día posterior a la guardia no vamos a trabajar al centro de salud y tenemos clases durante la tarde. Que la verdad está buenísimo.”

En los centros de salud se realiza APS. Se observan patologías de menor complejidad desde una perspectiva bio-psico-social de la persona.

“Las historias clínicas que nosotros hacemos está bueno, es diferente cómo escribe otro médico de otra especialidad. En una parte ponés una S que es lo subjetivo. Porque el resto de los médicos no le interesa lo subjetivo en realidad. Lo que se trata es siempre del abordaje del método clínico de análisis que es lo objetivo. En conjunto de signos y síntomas. Si yo puedo hacer un análisis desde que empecé y atendía muy poquitos pacientes, tenía el médico al lado, atendía todo el tiempo que quiera porque así era mi formación. Ahora escribo 3 líneas y no pregunto las cosas que preguntaba (...) cuando tenés un paciente al frente tratamos de verlo como una persona que sufre, que tiene sentimientos, que le está pasando algo. Pero vez uno, atrás otro, atrás otro, y otro, y otro. Te embebés de todos esos problemas y llegás a tu casa lleno de quilombos en la cabeza, que un día de repente tenés ganas de matar a alguien. Y el próximo que sigue decís “uy la puta madre a ver que pasa” te querés matar ya.”

En las clases teóricas de la especialidad, es posible observar que se plantea una perspectiva diferente de la educación médica tradicional, con una inclinación hacia la educación popular y la construcción colectiva del conocimiento. Allí se hace un análisis de caso desde un análisis crítico constante de la realidad y su práctica como médicos. Además de garantizar lo teórico sobre las enfermedades prevalentes que requiere la formación de un médico de atención primaria.

“Es una perspectiva de la educación bastante paradigmática y superadora de lo que venía siendo la formación nuestra del grado, porque deconstruye la típica imagen del profesor de la clase magistral. Se comparten textos mucho más amplio que lo técnico, vez un montón de perspectivas desde otro lugar que está bueno. Pero después pensás: “vemos todo esto, pero en la práctica no estamos pudiendo cambiar nada en realidad.” (...) Entonces todo el día esto, desde el discurso una cosa y desde la práctica otra.”

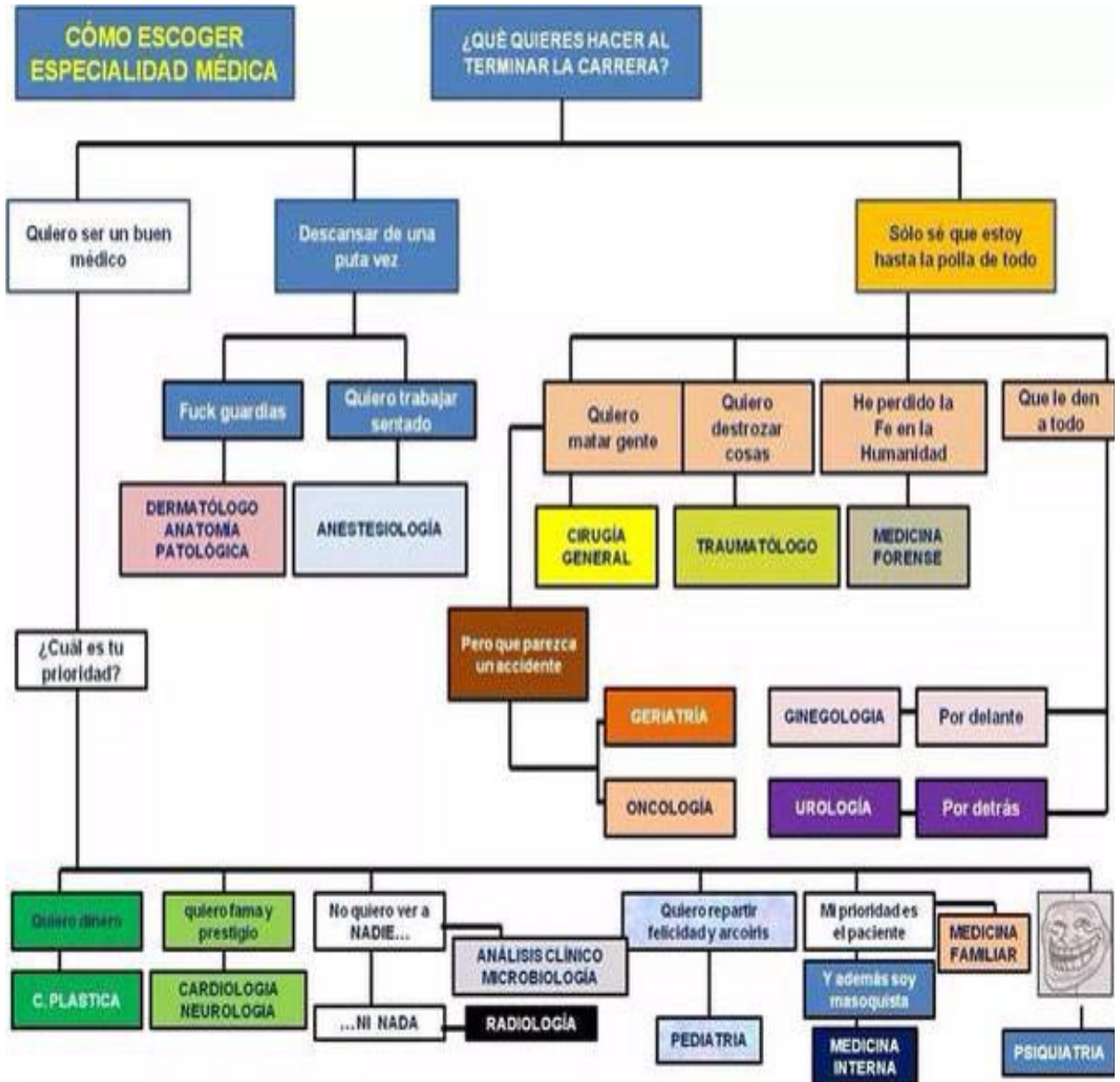
En la guardia del Hospital Príncipe de Asturias, los médicos en formación en medicina familiar conviven con médicos formados en un sistema convencional de residencia, lo que genera conflictos entre su rol asistencial, el rol formativo y las responsabilidades de cada uno:

“A nosotros nos pasa allá en Villa Libertador “che Leandro, vos tenés que aprender a hacer una punción de una panza”. No me parece que sea una competencia que yo tenga que aprender, porque es competencia de los clínicos y de su aprendizaje porque lo tienen que saber, porque después van a estar en la trinchera en la parte que tienen que pinchar panza. Y ¿Qué pasa? No les gusta pinchar panza, entonces el discurso es “tenés que aprender.” En realidad “andá a pinchar una panza porque no lo quiero hacer yo”. Pero se juega todo esto de la formación ¡Mentira! Es un gran verso.”

A Santiago en un futuro le gustaría estudiar el sistema de salud y la residencia médica para intentar construir una alternativa a este modelo de formación.

En este testimonio se puede observar cómo en la residencia de medicina familiar, que tiene una perspectiva alternativa de la salud, esta perspectiva también se manifiesta en la organización del servicio, que a diferencia de los dos anteriores, no está dividido jerárquicamente (aunque sí se distribuyen diferentes responsabilidades según cada año) y los estudiantes tienen descanso post guardia. Esto no significa que esta especialidad no esté exenta de conflictos internos y entre otras especialidades.

3. Un universo de jerarquías: El currículum oculto en la elección de la especialidad.



Esquema realizado por alumnos de medicina.

En la sección anterior se mostró cómo las residencias médicas son heterogéneas en función del servicio particular de cada especialización. Eso me llevó a preguntarme: ¿Qué lleva a un médico recién recibido a optar por una especialidad en detrimento de otra, sabiendo a priori la exigencia de inversiones de todo tipo que implica? ¿Es la residencia médica la única alternativa de formación para el médico recién recibido? La elección del futuro de su carrera profesional comienza a desarrollarse desde el momento que ingresa a estudiar medicina. Para analizar este fenómeno es necesario comprender la conformación del *habitus médico*³³ entendido como:

“un conjunto de predisposiciones incorporadas - esto es, que teniendo génesis social y material específica, han pasado a formar parte del propio cuerpo y de la subjetividad de los profesionales - que, a través de un largo proceso de socialización, iniciado en los años de formación y sostenido en la práctica profesional rutinaria, llenan de contenido las prácticas concretas de los médicos, en su quehacer cotidiano” (Castro, 2011: 136).

El *habitus médico* comienza a gestarse desde el inicio de la carrera de grado. Las estrategias educativas, según Bourdieu (2002), son estrategias de reproducción social³⁴, de inversión a muy largo plazo que tienden a producir los agentes sociales dignos y capaces de recibir la herencia del grupo. Este espacio de formación es sumamente importante, porque al mismo tiempo que los futuros médicos comienzan a adquirir las herramientas fundamentales de la disciplina, generan un “hábito mental” acerca de la modalidad de trabajo. En palabras de Bourdieu:

³³El *habitus* es la interiorización de las estructuras objetivas que a su vez permite la reproducción de aquellas (Bourdieu 1991). El principio de la acción social, dice Bourdieu (1999), estriba en la complicidad entre estos dos estados de lo social: entre la historia hecha cuerpo en forma de *habitus*, y la historia hecha cosas en forma de estructuras y mecanismos propios del campo.

³⁴ “Las estrategias de reproducción tienen por principio no una intención consciente y racional, sino que tienden espontáneamente a reproducir las disposiciones de su propia producción” (Bourdieu, 2002: 7).

“fuerza formadoras de hábitos”, “la escuela (en este caso la universidad), provee a los que han estado sometidos directa e indirectamente a su influencia, no tanto de esquemas de pensamiento particulares, sino de una disposición general, generadora de esquemas particulares susceptibles de ser aplicados en campos diferentes de pensamiento y acción, a la cual llama *habitus cultus*” (Bourdieu 1989, 25).

Estos esquemas de pensamiento particulares son generados a través de dispositivos pedagógicos, los cuales se encargan de regular las distintas especializaciones de conciencia de diferentes grupos. El instrumento pedagógico es tanto el control sobre lo impensable como el control sobre quienes puedan pensarlo. Enmarcan y distribuyen quién puede transmitir algo a alguien y en qué condiciones, y al hacerlo, tratan de fijar los límites exteriores e interiores del discurso legítimo (Borell Benz, 2002).

Según Borell Benz (2005), la práctica curricular en los servicios de formación de especialistas estaría marcada por una visión de poder que no deja de buscar “la verdad” (su verdad), ya que de esta manera la verdad hace ley por la elaboración de un “discurso verdadero” que transmite, empujando de esta manera efectos específicos de poder. La educación no es empresa neutral y de alguna manera recrea formas de conciencia que permiten el mantenimiento del control social a través de principios constitutivos, en los códigos y especialmente en las prácticas.

Para comprender cómo se construye el discurso legítimo en el dispositivo pedagógico de la carrera de medicina, es necesario retomar lo planteado en el primer capítulo sobre las formas en que se ha construido el MMH en cuanto a los mecanismos de poder, organización y control a lo largo de la historia; cómo se ha ido conformando un conjunto de prácticas, saberes e ideologías que dominan en los conjuntos sociales, hasta lograr identificarse como la única forma de atender la “enfermedad”, legitimada tanto por criterios científicos como por el propio Estado. Siguiendo con Borell Benz, “el *biologismo* es una identificación de este modelo y a la vez es la parte constitutiva de la formulación médica profesional” (Borell Benz 2005: 135).

El aprendizaje de los médicos se realiza a partir de contenidos biológicos, constituyendo los procesos sociales, culturales y psicológicos una parte mínima, anecdótica, dentro de los

programas educativos. El modelo hegemónico utiliza el *biologismo* como rasgo estructural dominante para garantizar la cientificidad del mismo, subordinando en términos metodológicos e ideológicos otros niveles explicativos de los procesos de salud y enfermedad, como la red de relaciones sociales que determinan los fenómenos de la enfermedad en una gran proporción de los casos.

A partir de lo indagado, puedo afirmar que en la carrera de medicina de la UNC³⁵ existe un programa paralelo de aprendizaje, de un *currículum oculto*³⁶, no menos importante que el currículum propiamente académico u oficial que deben cubrir los estudiantes de medicina. A continuación profundizaré en qué consiste este *currículum oculto*. El primer punto aborda cómo se expresa, dentro del currículum, la desigual relación de las especialidades en el campo médico. En segunda instancia se hace referencia al disciplinamiento de género en relación a las especializaciones consideradas masculinas y femeninas. Y por último, la residencia percibida como *única alternativa* legítima, en detrimento de otras alternativas de especialización.

3.1 La tensión entre las especialidades quirúrgicas y humanistas.

Dentro de la carrera de medicina existe una división a nivel de currículum oculto entre las materias consideradas *importantes*³⁷ y las materias consideradas *fáciles*³⁸ que responde a

³⁵ El HNC se encuentra en estrecha relación con la Facultad de Ciencias Médicas de la UNC, donde se egresaron todos los entrevistados.

³⁶ El currículum oculto -definido por primera vez por Giroux- se encuentra constituido por "las normas, valores, y creencias no afirmadas explícitamente que se transmiten a los estudiantes a través de las estructuras subyacentes tanto del contenido formal como de las relaciones de la vida escolar y del aula" (Giroux, 1990: 65). En otras palabras, la escuela es mucho más que los contenidos formales de cada asignatura y las herramientas didácticas empleadas por los maestros y profesores para transmitir dichos contenidos. La teoría del currículum oculto concibe a la institución escolar como un ámbito complejo de relaciones sociales, inmerso a la vez en un universo más amplio, cuyo conocimiento es también importante para comprender los mecanismos de producción y transmisión de conocimiento en el ámbito escolar.

³⁷ Las materias de esta área de conocimiento son: Anatomía Normal, Bioquímica y Biología, Molecular, Celular, Histología y Embriología, Fisiología Humana y Física Biomédica.

³⁸ Las materias de esta área son: Salud Comunitaria I, Salud Comunitaria II, Salud Comunitaria III, Medicina Preventiva y Social I, Medicina Preventiva y Social II, Medicina Antropológica, Medicina Psicosocial, y Salud Mental.

dos concepciones diferentes de entender los procesos de salud-enfermedad dentro de la biomedicina. Las materias consideradas *importantes* reflejan una concepción biologicista ligado al MMH, mientras las materias consideradas *fáciles* son materias que promueven una mirada psico-bio-social más amplia de la medicina, ligado al MAPS. A su vez, esta división refleja que existen posiciones diferenciadas entre las especialidades dentro del campo médico, según el volumen y la estructura del capital en juego, en este caso, el capital técnico-científico ligado al MMH.

La Facultad de Ciencias Médicas de la UNC establece el perfil del egresado de la Carrera de Medicina en los siguientes términos:

“Al egresar el médico será capaz de: – Asistir al hombre sano, tanto en el ámbito individual como familiar y comunitario, valorizando las acciones de promoción y protección de la salud. – Valorar los factores ambientales, culturales, sociales y económicos causantes de la enfermedad, reconociendo las deficiencias y promoviendo su corrección. – Resolver los problemas más frecuentes de salud en el lugar y momento mismo en que se originan, ya sea en el ámbito individual, familiar o comunitario” (Extraído de la página oficial de la FCM UNC).

Aunque la carrera de medicina en su perfil promueva una visión psico-bio-social de los procesos de salud-enfermedad, dentro del currículum existe una división implícita a nivel de *currículum oculto* entre las materias consideradas *importantes* (fundamentalmente el área de estructura y función corporal) y las materias consideradas *fáciles* (el área de salud pública y el área de ciencias sociales y el comportamiento humano). Una estudiante egresada recientemente comenta respecto a las materias del área social, consideradas las materias *fáciles*:

“En salud comunitaria l el médico que estaba a cargo no creía, ni siquiera entendía porque estábamos viendo eso. No conocen el tema y como no coordinan entre las cátedras todas dan lo mismo. Se da a entender que son materias re fáciles y que sin hacer nada a uno le va re bien. En los otros años ves lo mismo, entonces se desprestigia tanto todo lo que tiene que ver con la atención primaria de la salud -con todo lo otro que compone la salud de las

personas- que en realidad uno llega a sexto año cursando dos meses medicina de familia y a nadie le importa.”_

En esta cita se puede observar el desinterés por parte de los docentes y alumnos por las materias sociales. Por ejemplo, en el caso de la cátedra de Antropología Médica de la Carrera de Medicina los docentes entrevistados en el marco de esta tesis, expresaron no conocer la bibliografía específica sobre la materia que imparten.³⁹ El apunte de la materia es además un copilado de textos sin un orden lógico, que los estudiantes intentan aprenderse de memoria, ya que es el modo de estudio establecido para las materias *importantes*.

Para poder comprender esta división entre las materias consideradas *importantes* y las materias consideradas *fáciles*, primero es necesario entender al currículum no como un instrumento neutro y científico, sino como una construcción social que se sostiene en elecciones explícitas o implícitas, conscientes o inconscientes, de acuerdo con los valores, creencias o intereses de determinados grupos. Bernstein (1988, citado en Borell Benz 2005) hace aportes en este sentido, al considerar que:

“Las formas a través de las cuales la sociedad selecciona, clasifica, distribuye, transmite y evalúa el conocimiento educativo considerado público reflejan la distribución del poder y los principios de control social” (Bernstein 1988, citado en Borell Benz 2005: 47).

El currículum representa recursos ideológicos y culturales particulares, que proporcionan las reglas lógicas para el pensamiento y la acción de los educadores, cuyos significados son considerados como elementos esenciales para la conservación de los conocimientos, intereses y privilegios sociales existentes (Alba citado en Borell Benz, 2005).

Da Silva (1998 citado en Borell Benz, 2002) sostiene que el currículum puede ser comprendido como una *práctica de significación*, una práctica productiva, una relación social, una relación de poder y una práctica que produce identidades sociales. El currículum es un espacio social, un campo de producción y creación de significados, que

³⁹ Aunque a nivel de currículum oculto se entienda que las materias sociales son *fáciles*, esto de ninguna manera significa que todos los docentes de estas materias son incompetentes. Muchos docentes de estas materias realizan un importante trabajo intentando generar una mirada crítica y social a los alumnos.

produce sentidos sobre los diversos campos y actividades sociales. En este sentido, no sólo reproduce restos antiguos o históricos de las disputas por el predominio de algún saber o tendencia, las representaciones de los diferentes grupos, o los restos de la lucha entre los saberes oficiales y dominantes. Es también una zona de productividad de nuevas relaciones sociales, a través de la lucha de los saberes subordinados, relegados y despreciados por otros. Siguiendo a la autora, los significados son una función de posiciones específicas de poder y promueven posiciones particulares de poder. Igualmente la lucha por el significado es una lucha por la hegemonía, por el predominio, donde el significado es al mismo tiempo objeto y medio, objetivo e instrumento.

En este sentido, los aportes de Flexner (1910) a la educación médica se traducen en un modelo de la educación que ha influenciado por muchas décadas con determinado enfoque, contribuyendo a la consolidación de un modelo biomédico clínico, evidentemente individual y curativo, que se traduce en las materias *importantes* con un marcado sesgo biologicista y una tendencia hacia la especialización médica. La corriente opuesta a este enfoque, que ha intentado incorporar la salud pública, la medicina preventiva y la social, ha tenido poco éxito para competir con una estructura académica biomédica clínica, orientada hacia el individuo, la enfermedad y la especialización. Este fracaso se plasma en la concepción de estas materias como las materias *fáciles*, de poca importancia.

Esta situación se asocia, como veíamos en el primer capítulo, con el hecho de que el biologicismo constituye el factor que garantiza no sólo la cientificidad del modelo, sino también la diferenciación y jerarquización respecto a otros factores explicativos. El prestigio social de la biomedicina está garantizado por su inserción dentro del campo científico, y dentro de este campo, las ciencias biológicas o exactas -las ciencias *duras*- son hegemónicas en relación a las ciencias humanas, entendidas como *blandas*.

Además de esta división a nivel de currículum oculto, los profesores imparten mensajes orientadores sobre cuáles son las especialidades que los estudiantes deberían seguir según si “*dan plata*” o “*no dan plata*”. Como señala un egresado:

“Proliferan las materias biológicas sobre las sociales. Los profesores influyen en que las materias sociales no dan plata. (...) Esta queja viene de tipos que se van a Aruba una vez por año. Cuando mi papá es un carnicero que labura 16 horas al día de lunes a sábados y los domingos medio día. Recién este año pudo hacer un viaje al exterior a cumplir un viaje de su vida que era ver la fórmula uno en otro país. Mi viejo labura desde que tiene 14 años y yo nunca lo escuche decir “que este país es una miercoles” “Mira cómo están los carniceros en otra parte del mundo” esos mensajes nunca me los daba. “En Estados Unidos los médicos vos no los tocás ni con un láser” “Allá no sabés qué bien andan.”

Estos mensajes orientadores sobre cuáles son las especializaciones que deberían seguir los estudiantes en función del capital económico y la división entre las materias *fáciles e importantes* se ven reflejados en las estadísticas ofrecidas por la Dirección Nacional de Capital Humano y Salud Ocupacional de la Nación (2013) (Gráfico n°1), que nos muestra la distribución de los médicos a lo largo de las distintas instancias que involucra el proceso de Examen Único de ingreso a las residencias médicas (EU), de acuerdo a la especialidad de concurso. En este cuadro se observa como las especialidades con orientación quirúrgica y anestesia obtienen el 100% de cobertura de los cargos concursados, en cuanto las especialidades con orientación clínica y de orientación a la atención primaria de la salud la cobertura varían entre el 21% y el 74%. Otro dato interesante que se puede observar es que para Anestesiología se postulan 4,89 profesionales por cada cargo, para Cirugía General 4,25 mientras que para Pediatría la relación es de 1,54. En el caso de Medicina General, la relación cae a un médico por cada cargo. El déficit de los profesionales en las especialidades con orientación en la atención primaria consideradas como prioritarias por el Ministerio de Salud de la Nación no se debe a una falta de oferta de cargos, sino a la falta de interés por parte de los médicos que se concentran en las especialidades quirúrgicas y anestesiología como se observa en las pre-inscripciones.

Gráfico n°1: Cantidad de médicos que rindieron el EU distribuidos por especialidad.

Especialidad	Cargos concursados	Pre-inscriptos	Rindieron examen	Aprobados	Vacantes adjudicadas 1°	Vacantes adjudicadas 2°	Total vacantes adjudicadas	Cobertura
Pediatría	186	287	214	168	99	32	131	70%
Medicina general y/o medicina de familia	310	310	224	173	92	32	124	40%
Clínica Médica	129	410	301	252	81	14	95	74%
Tocoginecología	106	178	137	113	51	13	64	60%
Cirugía General	62	264	176	135	46	16	62	100%
Anestesiología	46	318	213	183	44	2	46	100%
Ortopedia y Traumatología	35	124	82	60	28	6	34	97%
Terapia intensiva	43	27	15	11	8	10	18	42%
Cardiología	23	99	50	40	11	7	18	78%
Psiquiatría	27	45	32	23	15	2	17	63%
Salud Mental	23	55	30	23	10	2	12	52%
Anatomía Patológica	12	45	25	19	12		12	100%
Neonatología	38	13	9	6	4	4	8	21%
Oftalmología	9	50	29	21	8	1	9	100%
Neurocirugía	8	36	25	20	7	1	8	100%
Diagnóstico por	8	47	22	17	8		8	100%

Fuente: “Examen único de ingreso a residencias médicas. Examen estadístico de Examen Único 2013”. Dirección Nacional de Capital Humano y Salud ocupacional. Subsecretaría de Políticas, Regulación y Fiscalización. Secretaría de políticas, regulación e institutos. Ministerio de Salud. Presidencia de la Nación. 2014.

En el campo médico existe una posición desigual entre las diferentes especialidades. Existen jerarquías configuradas históricamente en función de un capital en juego específico, en este caso el técnico-científico. Esto significa que a mayor especialización técnico-científico (por ejemplo, una sub-especialización en cirugía plástica) mayor es el capital social, económico y simbólico aparejado. Como se aprecia en la siguiente cita de un residente de cirugía:

“cirugía es un poquito más fuerte que clínica médica en el sentido de que más o menos la baqueta la comandamos nosotros. El jefe de guardia es cirujano, y el jefe de servicio es cirujano. Entonces las decisiones las tomamos nosotros.”

Las especialidades quirúrgicas ocupan dentro del campo la mayoría de los puestos de poder. Las especialidades como medicina familiar que no se basan en un conocimiento técnico super especializado sino en la prevención de la salud, el capital social-económico y simbólico es menor. Esta relación de subordinación dentro del campo médico se expresa en la formación académica. Como señala Andade:

“La organización de los contenidos curriculares atiende, entre otras cosas, a teorías del conocimiento acordes con los intereses de quienes ejercen el dominio en la estructura social y económica, en tanto que la naturaleza de las experiencias educacionales, además de sustentarse en las mismas teorías, tiende a reforzar el modo hegemónico de práctica médica en la respectiva formación social” (Andade citado en Borell Benz 2005: 45).

En síntesis, aunque a nivel discursivo se promueva un perfil bio-psico-social en la carrera de medicina, lo cierto es que a nivel de currículum oculto, existe una marcada jerarquía entre las materias consideradas *importantes* y las materias consideradas *fáciles*, en función de dos lógicas antagónicas de concebir los procesos de salud-enfermedad. Estas lógicas responden a las posiciones diferenciadas de las especializaciones en el campo médico, que luchan para imponer su propia lógica de acción en el campo.

3.2 Disciplinamiento de género.

Aunque actualmente la proporción de estudiantes mujeres es mayor a la de hombres en la carrera de medicina, históricamente el conocimiento y la práctica médica se construyó en función de una concepción androcéntrica que todavía se expresa a nivel de currículum oculto dentro de la Carrera Medicina, entre las especialidades consideradas femeninas ligadas a la atención primaria de la salud y las relaciones afectivas y las especialidades consideradas masculinas, ligado a lo técnico-instrumental.

Desde la creación de las universidades hasta finales del siglo XIX, cuando las primeras mujeres empiezan a estudiar y a practicar la medicina, los miembros de la profesión fueron exclusivamente hombres, como consecuencia de la aplicación de políticas activas de exclusión de las mujeres de la práctica médica y de segregación en otros espacios laborales que se configuraron como “adecuados” para ellas. Esta situación se ha revertido en los últimos años en las universidades argentinas, a partir de un proceso de feminización

de la medicina, donde más del 60% de las estudiantes que ingresan a la carrera de medicina son mujeres⁴⁰. A pesar de ello, la medicina se sigue concibiendo como una profesión predominantemente masculina y todavía existen especializaciones tácitamente negadas hacia las mujeres.

En el gráfico n°2 sobre la distribución de las especialidades según sexo podemos observar que las mujeres se concentran en especialidades como medicina familiar, pediatría y psicología, siendo entre un 82% y un 83% mujeres, especialidades que se creen más “aptas” para las mujeres ya que no deben realizar guardia y de esa forma pueden “pasar más tiempo con la familia”. En cuanto las especialidades de mayor prestigio y poder, como cirugía general y anestesiología, tienen una predominancia masculina con un 58 y 67%. Estas especialidades se encuentran material y simbólicamente cerradas para las mujeres. Tal exclusión se logra mediante prácticas de hostigamiento sistemático a aquellas mujeres que intentan cursar alguna de estas especialidades(Castro, 2011). Una egresada reciente comenta al respecto:

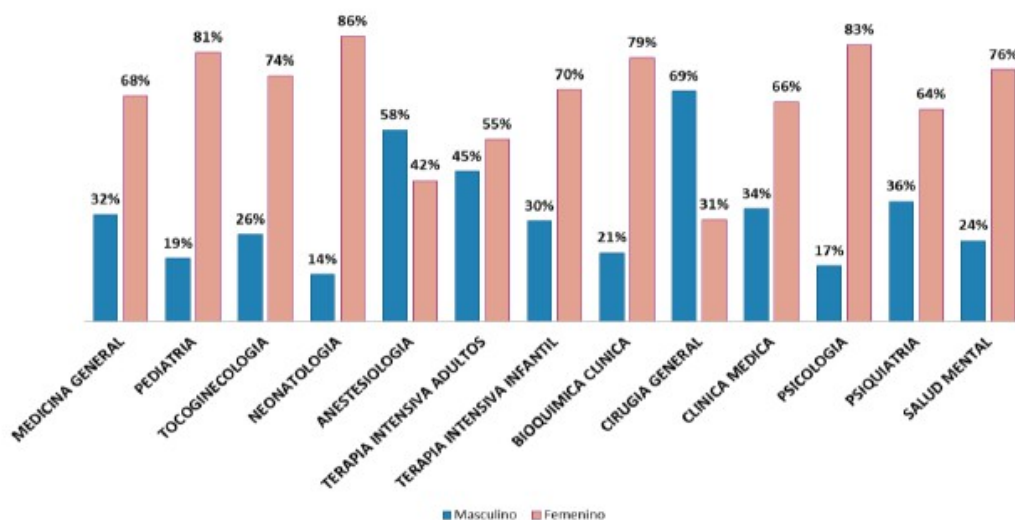
“Por ejemplo cirugía por un montón de tiempo nunca dejaron entrar a las mujeres, porque las mujeres tienen licencia por maternidad y en la residencia eso no se puede. (...) Pero yo entiendo que en algunas ni siquiera está permitido quedarse embarazadas, tenés que cumplir tales y tales días y tales y tales guardias y tampoco te podés quedar embarazada. Es parte de los requisitos de la residencia. Y me parece que son bastantes explícitos, no como: ‘entre nosotras sabemos que eso no puede pasar’, sino que está claro que no puede pasar.”

Para analizar tal exclusión hacia las mujeres, los estudios de género permiten entender cómo se educa a mujeres y hombres para que asuman responsabilidades y roles diferenciados en todas las esferas de su vida. En toda cultura, las diferencias de género se traducen en desigualdad social, y tanto las mujeres como los valores considerados femeninos ocupan siempre un nivel de subordinación respecto a los varones y los valores conceptuados como masculinos (Butler, 2007). Esta distribución por género asigna a las

⁴⁰ Según el anuario estadístico de la UNC el 60.76% de los ingresantes a la carrera de medicina en el 2013 son mujeres (ANUARIO ESTADÍSTICO 2013 - Universidad Nacional de Córdoba - Secretaría de Asuntos Académicos - Programa de Estadísticas Universitarias).

mujeres, entre otras cosas, el lugar de los afectos y a los hombres el de lo instrumental; aunque está sometido a transformaciones, constituye un ideal social que también puede serlo personal y que condicionará de maneras diversas la construcción de la subjetividad individual. Muchas médicas, como en general muchas mujeres, asumen el discurso patriarcal dominante, lo incorporan a la construcción de sus propios discursos y lo reproducen en su práctica profesional (Arrizabalaga y Valls-Llobertb, 2005).

Gráfico n° 2: Residencias Nacionales. Distribución por sexo según especialidad. Periodo 2012-2013.



Fuente: Elaboración de la Dirección Nacional de Capital Humano y Salud ocupacional. Ministerio de Salud.

Según Arrizabalaga y Valls-Llobertb (2005), el progresivo aumento de las mujeres en la profesión médica durante el siglo XX se acompañó de procesos de segregación interna y la creación de espacios profesionales cargados de valores de género. En estos procesos tomaron parte tanto hombres como mujeres: los primeros tratando, en general, de acotar espacios donde recluirlas; ellas, buscando la forma de asentarse en la profesión y construir sus propios perfiles identitarios. El resultado fue una práctica que, igual que sucede en otros campos de la ciencia, todavía hoy concentra a las mujeres en algunas especialidades (sobre todo generalistas y de diagnóstico) donde no facilita su acceso a los puestos de toma de decisiones y de representación, no respeta sus preferencias en el uso de los tiempos y no promueve su trabajo como investigadoras.

A pesar del aumento del número de mujeres presentes en la profesión médica, existen desigualdades de género dentro de la profesión y del campo de la salud pública. Tales desigualdades se manifiestan en la elección de la especialidad por parte de las médicas que dificulta su participación en puestos de responsabilidad, poder y autoridad profesional y científica.

3.3 “La única alternativa”: la residencia como imperativo.

El sistema de formación médica está configurado para que la residencia médica sea percibida para la *única alternativa* posible, a partir de la necesidad de una práctica. Las carreras científicas o el resto de los postgrados son invisibilizados, y la opción de trabajar sin una especialización implica optar por trabajos mal pagos y a riesgo de la integridad física del paciente.

La ciencia es el punto de entrada a la medicina. Durante los dos primeros años de estudio de la medicina el aprendizaje se centraliza en las ciencias biomédicas. Como sostiene Good (2003), el estudio de la medicina comienza con la entrada al cuerpo humano y se aprende desde el *estudio de casos*. Visto a través del microscopio, analizado físicamente en el laboratorio anatómico, revelado a través de las imágenes radiológicas contemporáneas o presentados por los especialistas, el cuerpo es relevado en infinitos detalles. Los estudiantes comienzan a examinar el papel del cuerpo desde la función macro hasta la estructura molecular. “Los estudiantes son como los geógrafos, moviéndose desde la topografía macro hasta los detalles de la micro ecología. El cuerpo es el objeto de *atención y manipulación de habilidades*” (Good, 2003: 141). En este proceso, donde se priorizan los saberes biológicos sobre los sociales y los teóricos sobre los prácticos, los estudiantes se pierden en una infinidad de nombres y detalles científicos que no logran incorporar al conocimiento básico de la disciplina. Como testimonio una egresada:

“Hay muchas cosas básicas que nosotros no las vemos. Pero sí sabemos el último detalle de cada una de las células, que eso lleva mucho a la especialización la carrera y no a lo general. Salimos sabiendo cosas que en la práctica diaria son innecesarias y que si uno se quiere dedicar a eso es importante profundizar, pero después en un futuro. Está todo diseñado para que el único camino sea la residencia y la necesidad de tener esa práctica.”

La *necesidad de una práctica* que sienten los estudiantes de medicina se debe a la metodología actual de cátedras aisladas y sin conexión alguna con las demás, que imposibilita una práctica integradora continua que armonice las ciencias básicas con las ciencias de los ámbitos clínicos y socio-económicos, que son en definitiva las grandes determinantes de los estados de salud del individuo y de los grupos humanos. Esta falta de integración genera que los médicos recién recibidos perciban la residencia como el *único camino posible*. El argumento acerca de la integración de los contenidos teóricos y prácticos de los modelos de educación médica sigue girando alrededor de la idea de que primero se le ofrece la teoría y luego la práctica, que le ayudará por sí misma a integrarlas. Al tratar el tema de educación integrada e integradora, Venturelli considera que:

“la situación actual no permite la integración y la idea de que eso se logra tan sólo en el internado no pasa de ser un simple deseo. Las materias aisladas no permiten aplicar las ciencias básicas, que son las que han permitido el avance de la medicina en forma increíble” (Venturelli citado en Borell Benz, 2005: 156).

Para este autor, la integración de las ciencias básicas con las clínicas no se podría lograr, bajo ningún aspecto, si no se da una buena integración de los docentes y se establece un ambiente de consultas y respeto recíproco. En las residencias médicas, la integración se hace también difícil. Por un lado, se trata de la integración entre lo aprendido en la formación de grado y los desafíos de la práctica. Por otro, se trata de la integración entre la formación especializada y la mirada más global e interdisciplinaria, entre las distintas especialidades a partir de problemas específicos que permitan producir nuevos saberes.

La residencia es percibida por los estudiantes como el *único camino* a partir de la necesidad de incorporar los conocimientos aislados que han recibido en la carrera a una práctica concreta. En el año 2013, de 2466 pre-inscriptos en el EU, 715 tomaron cargo (43% de los que rindieron).⁴¹ Pero, ¿Qué sucede con los restantes 1751 médicos que no ingresaron y todos aquellos que no se presentaron por diversas causas? Los trabajos que se consiguen sin realizar una especialización son en general en servicios de ambulancias

⁴¹ Elaborado por la Dirección Nacional de Capital Humano y Salud Ocupacional de la Nación.

privadas, o servicios de atención domiciliaria. Estos trabajos son mal pagos y a riesgo de ensayo y error de la persona, ya que los estudiantes salen de la carrera, según los propios egresados, sin las herramientas básicas.

Como se puede apreciar en el anterior testimonio de Pablo, cuando comenzó a trabajar en una ambulancia luego de recibirse, él describe a esta etapa como “*una etapa de mucho miedo*” ya que no se sentía con las herramientas básicas para poder enfrentar los escenarios y “*ahí más o menos vas viendo*”. Luego de un tiempo de estar en esa situación, Pablo decidió realizar una concurrencia como *la única alternativa* que él percibía a partir de *la necesidad* de formarse. La seguridad en el trabajo lo brinda el conocimiento de lo técnico específico, la especialidad es el momento del encuentro con el otro y que el otro *te pueda mirar*. Como aclara una docente,

“De la mirada del colega que a lo mejor tiene una trayectoria más larga y te aporta desde ese aprendizaje con la protección de que el colega está y que si cometés un error o hay algo que no sabés, podés ir a consultar.”

La *protección* de la mirada del colega es lo que lleva a los médicos que no han podido acceder a una residencia a realizar el mismo trabajo *ad honorem*, a partir de la necesidad de especializarse y tener una práctica. Como podemos apreciar en el siguiente testimonio: “*Uno se somete a esa forma para poder tener ese saber que uno no alcanza en la carrera.*” El hospital es quien se beneficia de la necesidad de práctica de los médicos al obtener a cambio de la formación, personal sin costo.

Pero ¿Es la residencia (o la concurrencia en su versión *ad honorem*) realmente la única alternativa posible? Existen alternativas a la residencia, como por ejemplo el postgrado en medicina familiar dictado en la sede de la Federación Médica de Córdoba (FEMECO) o el postgrado en salud social y comunitaria de la Facultad de Ciencias Médicas de la UNC. Recuerdo cuando le pregunté a un estudiante del postgrado en Salud Comunitaria porque no había realizado una residencia me respondió: “*porque la residencia es mala para la salud*”. Una médica que realiza el postgrado de medicina familiar fundamenta la decisión de haber hecho el postgrado:

“Como que no existe otra posibilidad que salir y no hacer la residencia y no sólo ahí, en mi familia todos son médicos y para nadie hay otra forma que hacer la residencia. Hay que luchar con ese ‘deber ser’ que uno tiene inculcado en la academia directamente y la familia, saber que esa era la forma. (...) Nos enseñan que es el único caminito que hay para llegar a saber un montón de cosas. Y también romper con todo ese legado de ‘querer ser’ es complicado. (...) como todo el tiempo nos educan desde el miedo, desde una forma tan anticuada, tan pedagógicamente incorrecto, que llegás al último año y ¿cómo vas a contradecir a tu médico o a tu médica de primer año que te hablaba desde el escenario y te decía como era la verdad de la vida?”

El *deber ser* es incorporado por los estudiantes a través de un conjunto de esquemas fundamentales profundamente interiorizadas, que sirven de principio de selección para las adquisiciones ulteriores de esquemas, según las cuales se organiza el pensamiento de ese sujeto, debiendo su especificidad tanto a la naturaleza de los esquemas constitutivos, como a la frecuencia en la que estos son utilizados y al nivel de conciencia en el que operan (Bourdieu 1989). Según Yong,

“Existe una relación dialéctica entre el acceso al poder y la oportunidad de legitimar determinadas categorías dominantes y los procesos por los cuales la disponibilidad que tienen de esas categorías algunos grupos les permite a estos asentar su poder y control sobre los demás” (Yong en Borell Benz, 2005: 131).

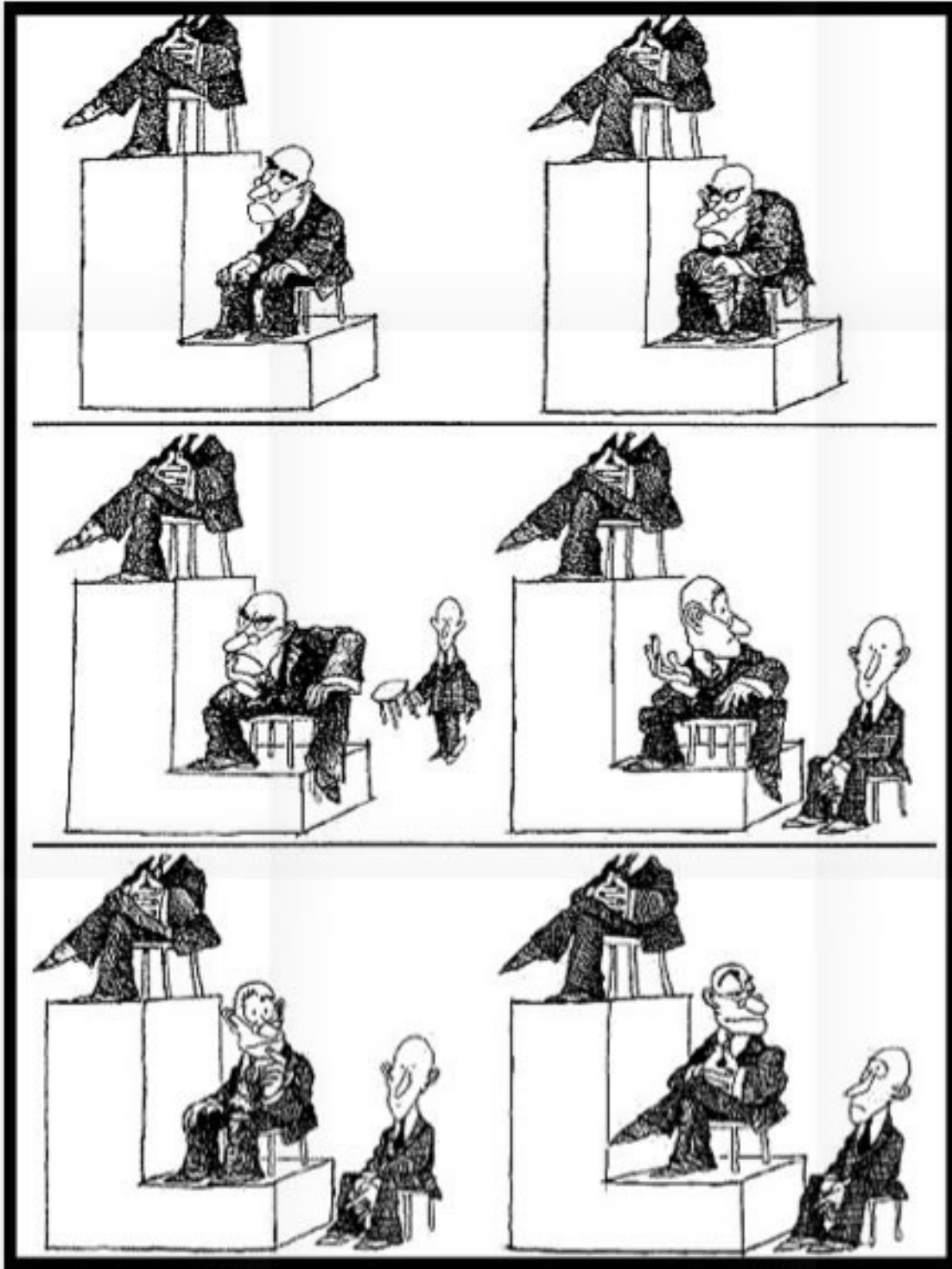
Las categorías dominantes son incorporadas a través del “control simbólico” internalizado, a través del cual la conciencia de los docentes adopta una forma especializada y distribuida mediante formas de comunicación que traduce las relaciones de poder a discurso y el discurso a relaciones de poder. Según Bernstein (1994, citado en Borell Benz 2005), ello promueve la adhesión de los docentes a determinados valores, doctrinas o ideologías a través del discurso moral o la autoridad del experto, modelando las formas de pensar y percibir de los docentes y, con ello, las prácticas.

La residencia médica es percibida por los médicos recién egresados como la única alternativa viable, a partir de la necesidad de tener una práctica supervisada en la disciplina. Esta necesidad genera que los estudiantes que no logran acceder a una

residencia se sometan a trabajos mal pagos y riesgosos, o que realicen el mismo trabajo que los residentes de forma *ad honorem*, convirtiéndose en mano de obra gratis para el hospital. Las alternativas a la residencia son invisibilizadas a partir de un control simbólico donde se impone que el *único camino* posible sea la residencia.

La elección de la especialidad es un momento crucial para los estudiantes de medicina. Aunque a nivel discursivo la carrera de medicina pregone un enfoque bio-psico social de concebir los procesos de salud-enfermedad; lo cierto es que a nivel de currículum oculto el MMH se reproduce, imponiendo una forma de concebir la educación médica de grado masculina y biologicista, basado en la escasa práctica e integración curricular que lleva a que la única alternativa sea realizar una residencia y con preferencia en una especialidad instrumental o quirúrgica. Desacreditando a los conocimientos relacionados a la atención primaria de la salud.

4. La residencia y la reproducción del campo médico.



Humor gráfico- Quino.

Luego de la elección de la especialidad, los médicos recién recibidos deben pasar por un arduo proceso de selección para poder realizar una residencia. Quienes acceden, se encuentran en una situación de privilegio sobre los que no acceden y quedan fuera del sistema impuesto, teniendo que formarse en trabajos mal remunerados como médicos sin especialidad o a través de la modalidad de concurrencia.

Una vez dentro del sistema de residencia, los médicos en formación deberán pasar por un proceso, un ritual de pasaje, que les permitirá acceder a un lugar de mayor privilegio dentro del campo médico. A continuación, indagaré algunos aspectos de este ritual. En una primera instancia analizaré la tensión estructural que se genera entre el ser estudiante y el ser trabajador. Para luego centrarme en cómo se reproducen las relaciones de poder dentro de la residencia. Y por último, intentaré comprender a la residencia en medicina familiar como una búsqueda de una alternativa al sistema de residencias actual.

4.1 La tensión estructural entre el ser trabajador y el ser estudiante.

La residencia médica no constituye únicamente un espacio formativo, sino que es, 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 trabajo⁴², ejercen su profesión al estar a cargo de la atención de los pacientes internados y corren el riesgo de perder su matrícula. Sin embargo, si bien los residentes ya no son estudiantes, tampoco tienen siempre y en todos los contextos, el rol de médicos.

Los residentes, habiendo finalizado su carrera universitaria, se identifican como médicos, en oposición a su anterior status de estudiantes. No obstante, en el contexto hospitalario, y en oposición a los médicos especialistas que en el futuro serán, así como a sus jefes y los médicos de planta, no adscriben 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, “médicos en formación”, como una categoría diferente y transitoria entre la

⁴² En el caso de los concurrentes no reciben ninguna remuneración a cambio.

anterior y la que adquirirán. Este estado liminal genera una tensión estructural entre estas dos categorías -estudiantes y trabajadores- como se puede observar en el testimonio de Santiago:

“Cuando le conviene el docente te tira: 'No, vos estás cursando en un sistema de aprendizaje', y cuando no le conviene es: 'No, hacete responsable porque ya sos médico' Entonces en esa cuestión cotidiana todo el día convivís y te genera un conflicto enorme.”

Esta tensión estructural entre el ser estudiante o el ser trabajador, remarca el carácter de liminalidad y ambigüedad de su condición de médicos en formación. Sibergleit (2009a) utiliza la noción de rito de pasaje⁴³ de Turner (1980; 1988) para analizar esta situación en la que viven. Dentro del proceso ritual, 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 médico, 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, médicos en formación 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 al mundo laboral exterior a la institución. En palabras de la autora:

“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” (Silbergleit, 2009:4).

Esta situación de liminalidad que viven los médicos en formación, entre el ser estudiante y el ser trabajadores, no les permite acceder a los derechos plenos de ninguna de estas dos categorías. El trabajo excesivo que sufren los médicos en formación es percibido por ellos

⁴³ Turner (1980; 1988) define el ritual de pasaje como un proceso que indica y establece una transición entre estados distintos. Quienes atraviesan un rito de paso están transformándose y en el transcurso de ese período tienen propiedades distintas a las del estado anterior, y a las del estado por venir, distinguiéndose tres etapas en el proceso: separación, margen (o liminalidad) y reagregación.

como un estado de *esclavitud* y se sienten *mano de obra barata* o gratis -en el caso de los concurrentes- para el hospital. En parte, la liminalidad en la que se encuentran no les permite ser ni trabajadores ni estudiantes con derechos plenos. La legislación es igual de ambigua que su situación, dejando muchos espacios importantes al criterio de cada hospital. Además, en muchos casos la escasa legislación que existe no se cumple, como en el caso del descanso post guardia. Aunque el ROTE⁴⁴ establezca claramente que es obligación de los cursantes “cumplir con guardias activas de 24 horas en el servicio de guardia central, según las necesidades de la institución a la que pertenezca, con el régimen conocido de 24 por 48 hs”⁴⁵ lo que significa, que luego de una jornada de 24 hs de guardia los médicos en formación tienen el derecho de 48 horas de descanso post guardia. Esto -a excepción de la especialización de medicina familiar- no se cumple. Y no sólo no se cumple, sino que, como vimos en el testimonio de Pablo, en muchas oportunidades realizan hasta 48 horas de guardia consecutiva, sumado a su trabajo habitual y las clases que deben realizar una vez terminada la guardia, da un total de 56 horas de trabajo continuo.

Operar -en el caso de los médicos en formación en cirugía general- luego de 48 horas sin dormir, implica un riesgo tanto para la salud del paciente como para la del médico. La falta

⁴⁴ El ROTE es el reglamento oficial de la Facultad de Ciencias Médicas, UNC. Éste legisla todos los aspectos referentes a la residencia del HNC.

⁴⁵El artículo 30.6 del ROTE establece: “El Cursante (cursante becario) es de dedicación exclusiva. Cumplirá ocho (8) horas diarias mínimas de lunes a viernes (08:00 a 16:00) y cuatro (4) horas el día sábado (08:00 a 12:00). Es obligación cumplir con guardias activas de 24 horas en el servicio de Guardia central, según las necesidades de la institución a la que pertenezca, con el régimen conocido de 24 por 48 hs. (no menos de 6 guardias al mes). Deberán ser realizadas por todos los Cursantes, de primero a tercer o cuarto año (según la Especialización). Los cursantes no becados de carrera de Especialización deberán cumplir 8 horas diarias de lunes a viernes el horario de 8 a 16 horas y sábados 4 hs (de 8 a 12 hs.). Las guardias serán de 24 hs, bajo el régimen conocido como 24 por 48 hs., 4 guardias mensuales. En aquellas dependencias que lo justifiquen por sus sistemas particulares de trabajo, el horario de las guardias podrá ser discontinuo previa aprobación del Director del Centro Formador. En ningún momento las guardias serán consideradas una pasantía y serán realizadas sólo durante el tiempo que dure la formación. Las Guardias no deberán ser sólo en el Servicio del Centro Formador, sino para toda la Institución (Hospital, etc.) en la que ese centro formador tiene su sede, pudiendo el responsable establecer guardias en el Internado si lo considera, no sufriendo éstas a las guardias centrales. Los Cursantes que estuvieran en una carrera de especialización tipo 2 después de completar una de tipo 1, deberán cumplir con guardias pasivas.”

de sueño produce efectos sobre la práctica de tareas muy similares a los de la intoxicación alcohólica: 24 horas continuadas de vigilia equivale a una concentración sanguínea de alcohol de 0.1 %, que provoca descenso en la capacidad de atención visual, en la velocidad de reacción y en la memoria visual y el pensamiento creativo (Halbach citado en López Morales et al., 2007). Otros análisis (Mitler, Dement, Dinges citado en Lopez Morales et. al, 2007) demuestran que las personas con privación de sueño son más propensas a cometer errores en tareas repetitivas, rutinarias y en las que requieren atención sostenida. Como se puede apreciar en el siguiente testimonio de un residente en clínica médica:

“La que me pasó muchas veces -y después me causa mucha gracia cuando veo que le pasa a otro- es estar auscultando⁴⁶ un paciente a las 3 de la mañana y quedarme dormido. Que me despierte el paciente. Esa me paso fácil 6 o 7 veces. Después de guardias muy jodidas te sentás a auscultar lo que sea y estás con el estetoscopio y te dormís sentado, te tiene que despertar el paciente. Y eso hay gente que se ha reído, gente que dice: “Pobre miren como los tienen”, hay gente que nos ha querido pegar. Nos decían: “¡Hijo de putas que no nos están atendiendo!”

La falta de sueño no sólo afecta al desempeño laboral, como en este caso, sino también influye en la vida personal de los médicos en formación, como se puede observar en el testimonio de Mónica donde expresaba: *“sentía que no tenía vida, que me la pasaba en el hospital o durmiendo”*. Muchos otros médicos en formación entrevistados han expresado también esta idea de *no tener vida* fuera de la residencia. No tener tiempo para visitar a los padres, limpiar la casa, tener pareja y conformar una familia. La maternidad suele ser postergada para luego de finalizar la residencia y eso incluye la realización de abortos a pesar del deseo de tener un hijo. Un instructor de residentes en clínica médica expresa al

⁴⁶ La auscultación es un procedimiento clínico de exploración física que consiste en escuchar de manera directa o por medio de instrumentos como el estetoscopio, el área torácica o del abdomen, para valorar los sonidos normales o patológicos producidos en los órganos.

respecto: “*Acá en la residencia hubo varios suicidios⁴⁷, aborto de residentes embarazadas, condiciones que tienen absolutamente que ver con las condiciones laborales.*”

La salud física y psíquica de los residentes se ve alterada. Algunos estudios (Lopez Morales, et. al, 2007) demuestran que los médicos en formación expuestos a estrés laboral crónico a raíz de la falta de sueño, excesiva responsabilidad y aislamiento social, son propensos a sufrir trastornos en el sueño, ansiedad, depresión, adicción (inclusive adicción al trabajo) y consumo problemático de sustancias. Lo que algunos autores llaman como Síndrome de *Burn out*.⁴⁸

En el segundo capítulo expliqué cómo las residencias fueron conceptualizadas como un sistema de educación, cuando en el fondo terminaron siendo una estrategia para cubrir los puestos que no se estaban trabajando dentro del hospital. Lo cierto es que los médicos en formación, más allá de ser integrantes transitorios del personal de la institución, realizan gran parte de la actividad que se desarrolla en la misma. La liminalidad de estos actores tiende a invisibilizar este papel central y puramente estructural que ocupan. Como sostiene Silbergleit:

“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 esconde de alguna manera su protagonismo, bien estructural” (Silbergleit. 2009B: 15).

El rol protagónico dentro del hospital es invisibilizado a partir de esta tensión que se genera entre el ser trabajador y el ser estudiante. Aunque esta tensión no es simétrica. Los

⁴⁷ Durante mi trabajo de campo hubo dos casos de suicidios recientes. No pude indagar mucho sobre el tema por respeto a sus compañeros y familiares. Pero se puede observar que dos suicidios en un año no es un dato menor.

⁴⁸ Las autoras Maslach y Jackson (1981) señalaron que el síndrome de Burn Out está caracterizado por 3 factores: agotamiento emocional, despersonalización y percepción de bajo rendimiento personal. El cansancio emocional se refiere a una reducción de los recursos emocionales para actuar, acompañados de manifestaciones somáticas y psicológicas, como la ansiedad e irritabilidad. La despersonalización y la falta de realización personal se refieren a la percepción de que las posibilidades de logro en el trabajo han desaparecido, junto con vivencias de fracaso y sentimientos de baja autoestima cénicas, impersonales y de insensibilidad hacia los pacientes.

médicos en formación no tienen un ámbito adecuado para la incorporación de nuevo conocimientos; muchos de ellos se quedan dormidos en las clases, o no pueden estudiar por el agotamiento que les genera el estrés y la falta de sueño. Además, no se les permite asistir a congresos y seminarios ya que estos deben quedarse cuidando la sala para que los médicos especialistas puedan asistir y los conocimientos son aprendidos por copia y repetición de otros médicos en formación *mayores*.

El exceso de trabajo que viven los médicos en formación no les permite incorporar correctamente los contenidos pedagógicos, y el rol asistencial, en definitiva, termina siendo dominante sobre el formativo. Sin embargo, con esto tampoco estoy diciendo que sean los residentes “víctimas” del sistema del que forman parte, como sostiene Sibergleit:

“habiendo elegido estar ahí donde están, 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 la socio-estructura ubicados en una nueva posición, con derechos y obligaciones que le serán propios” (Sibergleit, 2009b: 18).

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 y laborales. La realización de la residencia en un hospital de renombre, como éste, dota a los jóvenes profesionales de un status que les garantiza determinada inserción laboral durante y posteriormente al tránsito por la institución. Un estudiante me decía al respecto: “*me como 4 años de esclavismo y después me lleno de plata.*” El capital social y simbólico que se obtiene en esta instancia es un elemento fundamental en su constitución como profesionales.

4.2 Las líneas de mando: El poder que detenta el saber.

La residencia se encuentra dividida en forma jerárquica, desde los jefes de servicio hasta las practicantes. Esta división no sólo remite a una división de tareas y responsabilidades, sino que también alude al uso del poder que representa el saber acumulado como parte de la construcción del *habitus* médico.

La residencia se estructura de forma particular en función de cada especialidad. En términos generales, las especialidades duran entre cuatro o cinco años en el hospital, e ingresan a la misma un número fijo -suele variar entre uno y cuatro cargos- 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 médicos en formación 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 (Bonet, 2004). El programa establece para cada año de cursada distintos objetivos, actividades y obligaciones. 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 en relación a los años menores.

Ahora bien, esta clasificación que se establece desde la norma se plasma también en la formación de grupos identitarios a partir de los que los actores se reconocen, designan y autodesignan, diferenciándose de los demás. Así, al ingresar a la institución se forma un grupo de R1 que, al año siguiente, pasan a ser R2 y así sucesivamente hasta llegar al cuarto. Estos grupos se diferencian, al mismo tiempo, por oposición a quiénes fueron y quiénes van a ser en el futuro. No obstante, tratándose la residencia de un proceso dinámico, 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).

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 mismo año⁴⁹. Sin embargo, si bien existe una

⁴⁹ El Jefe de Residentes debiera ser elegido, en teoría, por concurso, entre aquellos postulantes 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. Según el testimonio de los residentes, en general el

identificación de parte de los residentes para con la cátedra de la que forman parte, los grupos que se forman 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.

En el caso de las guardias, se establecen turnos fijos de uno o dos médicos *menores-R1 y R2-* junto a uno dos médicos *mayores-R3 y R4-* que rotan en guardias de 24 horas. En este tiempo se establece un nexo muy cercano y particular, que se caracteriza por una 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 *mayores*. Esta organización alternada, que vincula a los R1, R2, R3, R4 y con el jefe de residentes es característica de la institución, y es una de las principales estructuras que sustenta el funcionamiento cotidiano de la misma.

Ahora bien, aunque dentro de la residencia existe una división de trabajo en función del aprendizaje que van adquiriendo, a nivel de currículum oculto, al igual que el campo militar, la residencia está organizada en líneas de mando y compuesto por agentes de diferente rango. A medida que los médicos en formación van transitando por la residencia, las tareas asistenciales-administrativas van disminuyendo, y va creciendo la responsabilidad sobre los residentes *menores*.

La residencia en primer año es caracterizada de *trabajo esclavo* o *trabajo sucio*. Un R1 comenta al respecto:

“Los de primer año hacemos todo y los otros años no hacen nada o muy poco, al punto que a veces estamos yo y mi compañero -que somos dos- hasta las manos y todo el resto de los médicos están tomando mate y nadie nos ayuda. A veces me molesta mucho el trato y la dedicación de ellos como los jefes para todo el personal (...) abuso de autoridad siempre, creen que son la gran cosa. Vienen a cumplir horario nada más podrían estudiar, hacer algún trabajo científico, nada, vienen a hacer sociales.”

aspirante es alguno de los R4 del mismo año y la elección se realiza de manera informal entre los mismos, generando tensiones al interior del grupo.

Se puede observar que, aunque en teoría son los médicos en formación *mayores* los que toman las decisiones y tienen mayor responsabilidad -siendo que tienen solo uno o dos años más de formación-; en la práctica, son los practicantes y los médicos en formación *menores* los que están en contacto con los pacientes, y una falla en la interrogación o en el diagnóstico de estos puede poner en riesgo la salud y la vida del paciente. Este mismo hecho lo pude observar en la sala de médicos *piolas*, donde los médicos en formación *menores* y los practicantes *le contaban* los pacientes a los médicos en formación *mayores* y estos *de palabra* diagnosticaban las causas de la dolencia de un paciente que no habían revisado. A su vez, los mismos médicos en formación son los que enseñan cómo realizar ciertos procedimientos a sus *menores*, como explica una practicante:

“Un residente que tenía 1 año más que vos, recibido hace 6 meses, te está enseñando a tratar con las personas (...) El otro día sacando una escara estaba la residente de segundo año, que me estaba enseñando a mí -que ella lo había hecho una sola vez- y un compañero suyo de primer año que lo hizo dos veces le estaba enseñando a ella cómo hacerlo. Una cosa que no tiene sentido. Es totalmente iatrogénico⁵⁰ en el sentido de que hacés cagadas a dos manos ¡porque no sabés!”

En este testimonio se observa que no sólo los médicos *mayores* mandan sobre los *menores*, sino que, a su vez, son estos los que les enseñan los procedimientos. Siendo que en muchos casos sólo tienen 1 o 2 años más de experiencia. Según Silbergeit (2009), el poder que los médicos en formación *mayores* ejercen sobre los *menores* se sostiene sobre el saber que estos van adquiriendo a lo largo de su formación, y este poder, a su vez constituye una herramienta más para sostener la supremacía de dicho saber. Siguiendo a la autora,

“El saber médico, con toda su complejidad, 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 ritual⁵¹ no hace más que reforzar un poder que se sustenta en un saber, dotando entonces al saber de

⁵⁰ En este caso iatrogénico es utilizado como sinónimo de mala praxis: indicar una mala gestión "por acción o por omisión" en la prescripción de medicación o en una manipulación en el cuerpo en el paciente.

esta incuestionabilidad, sacralizándolo y ubicándolo con esto en el plano de lo científico“ (Silberglet 2009, 7).

En cada una de las prácticas, donde los residentes *mayores* infunden sus conocimientos sobre los *menores*, el poder es sacralizado a través del uso de ese saber, remarcando constantemente una jerarquía.

Además del uso del saber como poder y la inequitativa división de tareas, el castigo es usado como vehículo para la transmisión de conocimientos. Hay un sinnúmero de faltas, omisiones, carencias técnicas y equivocaciones, normales en la práctica de un aprendiz, que los superiores detectan en los médicos en formación, que estos no estaban necesariamente en condiciones de evitar (puesto que no habían recibido la instrucción correspondiente y no se suponía que conocieran el correcto proceder), y que son corregidas a través de castigos. No es que los castigos se apliquen únicamente ante la reiteración de una falla: se usan en primer lugar como recurso didáctico, como forma de transmisión de un conocimiento (Castro, 2004). Pero, obviamente, sirven al mismo tiempo como recurso de afianzamiento de una jerarquía.

Dentro de los castigos más típicos se encuentran la prolongación de las guardias a través de las *guardias-castigo*. Éstas son jornadas de trabajo extenuantes que se extienden por varios días, lo que se traduce en un enorme desgaste físico y emocional de los castigados. Como indica el testimonio de una residente de clínica médica:

“Hacen abuso de autoridad, ponen guardia-castigo por boludeces, los maltratan directamente. En un pase de guardia que le falta un dato, o se olvidaron de controlarle la temperatura a uno.”

⁵¹ Silbergleit entiende a las prácticas rituales a partir de los trabajos de Tambiah (1981) y Moore y Myerhoff (1977). Tambiah entiende el ritual como “un sistema culturalmente construido de comunicación simbólica, construido 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) (Tambiah citado por Silbergleit s/f: 5). Por otro lado, Moore y Myerhoff sostienen que el ritual puede “presentar doctrinas incuestionables y pueden dramatizar imperativos/ morales sin invocar a ningún espíritu” (Moore y Myerhoff citado en Solberglet s/f: 4).

Otras sanciones frecuentes son: la obligación de investigar sobre la materia en que se cometió el error y prestar un artículo al respecto en breve lapso (sacrificando horas de descanso); la desacreditación frente a los pacientes y los pares; la obligación de repetir el llenado del expediente de los pacientes. Como nuevamente se puede rescatar en el caso de Pablo, cuando cuenta que lo *maltratan* en cirugía o lo tildan de *inútil*. Asimismo, se puede observar en el siguiente testimonio:

“A la fulanita que estaba haciendo la residencia de cirugía, sus compañeros cuando estaba haciendo una operación le escondían los hilos de sutura, entonces ella no podía terminar de cerrar la panza y tenía el médico que la caga a pedo que ¡apurate! que ¡apurate! que ¡me quiero ir! que ¡apurate! y ella no tenía el material y todo el mundo se le cagaba de risa y cuando lograba que alguien le diera el material (porque estaba todo estéril no podés tocar nada) ya había pasado 3 horas. Y terminaba la flaca pobrecita llorando en el baño sola. Pero para ellos está bien porque es así y así debe ser.”

Según Castro (2011), a través de la dinámica de los castigos -en este caso como “broma”-, el orden médico se revela nítidamente a quienes desean ser parte de él: se aprende que hay jerarquías, superiores, que pueden en todo momento remarcar su condición de tales. Por otra parte, se aprende que no es posible sustraerse a esta forma de proceder, tratando de desafiar a un superior, sino incluso cuando se aspira a no replicar el maltrato que se ha sufrido en carne propia sobre los médicos en formación a cargo de uno. Como, por ejemplo, sucede en el caso de los estudiantes de clínica médica, en el momento en que estaba realizando mi trabajo de campo, los residentes *mayores* intentaban cambiar la forma en que se habían establecido las rotaciones en la guardia para que todos pudieran ir a descansar aunque sea dos horas por noche y esto generó conflictos con sus superiores como testimonia un R3:

“Cuando yo entro a primer año nos llamaba la atención que todo el mundo terminaba su turno a las 12 y 12:05 se iba y no quedaba más nadie. Entonces, cuando estuve en segundo año, cuando les planteaba a mis residentes mayores que había terminado mi turno y me iba a dormir no me dejaban y se te reían en la cara y de hecho te mandaban a ver pacientes aunque no estuvieses de turno. Y eso a su vez alimentaba que otros servicios no bajaran al turno correspondiente. (...)Viene todo alterado de tantos años que cuando hoy uno quiere

hacer lo normal cuesta. Entonces me llevó a que yo me pelee cuando estaba en segundo año con todos mis residentes mayores, por que vos le planteabas de irte a dormir y se te reían, te decían que eras un histérico, un maricón, que no te la aguantás, que antes era peor. '¿Como nos íbamos a quejar? porque ¡ahora estamos bien!'. (...) Entonces ahora que nosotros estamos cumpliendo el rol de mayores, los que antes estábamos en segundo año tratamos que nuestros menores puedan ir a dormir. O sea, nos dividimos para que puedan ir a descansar aunque sea dos horas o tres. Y eso te cambia mucho el vínculo que vos tenés con tus menores. Que te respondan más, que no haya conflicto, que haya buen humor, buen ambiente de trabajo. Pero eso que nosotros hacemos en beneficio de los residentes menores nos lleva a su vez a roces con el coordinador de la guardia o los otros servicios porque no entienden que eso es lo normal. Cuando ellos sí lo hacen. No entienden que clínica lo haga."

En este largo testimonio se observa cómo la obligación de castigar a los de menor rango se impone, a veces, porque de no hacerlo los médicos de mayor rango castigarían a quien se negó a castigar. Al transitar por la institución se 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 a la residencia, 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.

Posiblemente el primer año sea fundamental en cuanto a la adquisición de conceptos teóricos y prácticos, de la misma manera que en el comenzar a experimentar un mundo nuevo (Good, 2003). 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 (Silbergleit 2009b). 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.

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 a través de los *habitus* adquiridos en esta etapa (Silbergleit 2009b). Ahora bien, la heterogeneidad en el funcionamiento de las

residencias se encuentra en el mayor o menor status que posea esa especialidad dentro del campo médico. Las especialidades con mayor status, como el caso de cirugía general, poseen un régimen mucho más autoritario y verticalista que las especialidades de menor status dentro del campo. Los médicos que optan por una residencia lo hacen conscientes que para formar parte de una elite de especialistas, es necesario transitar una residencia donde las exigencias y los maltratos serán mayores, como así también el capital económico, simbólico y social que obtendrán luego de transitar este proceso.

4.3 La residencia de medicina familiar como alternativa al sistema.

Plantear una alternativa a las residencias médicas implica, en el fondo, repensar el sistema de salud basado en el MMH. La medicina de familia⁵² surgió en la década de 1980 como una alternativa de este modelo, proponiendo un modelo de medicina científica, basada en la atención primaria de la salud. Este modelo intentaba trabajar sobre las fallas del MMH, como me explica una docente de medicina familiar:

“vos ves cómo está organizado el sistema de salud y no es en función de las necesidades sociales, sino en función de los intereses políticos y económicos de las farmacéuticas, de las especialidades, de las clínicas privadas, de cómo la salud es un bien de cambio. Esos son los estructurantes.”

A partir de esta crítica, la medicina familiar intenta trabajar con la idea de totalidad (Bonet 2014), entendiendo al sujeto dentro de un contexto psíquico, social, económico y político; enfatizando la mirada en el resguardo de la salud y no sólo desde la cura de la enfermedad. La posición de marginalidad en el campo médico fue lo que les permitió

⁵² Actualmente medicina familiar y medicina generalista son sinónimos, pero estas dos definiciones remiten a dos orígenes divergentes de la especialidad, que surgieron durante la década de 1980. Los médicos generalistas nacieron a partir de la influencia del Director de Medicina Asistencial del Ministerio de Salud de la provincia de Buenos Aires, Jorge Feller. Esta corriente se caracterizó por tener una raíz autóctona, en función de las políticas públicas y trabajando a partir del concepto de comunidad. La medicina de familia se estableció en el sector privado, en el hospital Francés y el Italiano en manos del Dr. Julio Ceitlin. Esta medicina se diferencia de la anterior al ser alóctona, importada de los Estados Unidos, trabaja en el sector privado y se centra en el concepto de familia. Estas dos corrientes estuvieron enemistadas mucho tiempo, pero a medida que pasó el tiempo muchos profesionales formados como médicos generalistas comenzaron a trabajar en el sector privado como médicos de familia, y las diferencias se fueron atenuando hasta unificarse en una sola corriente (Bonet 2014).

construir una epistemología diferenciada. Dentro de los centros de salud en los barrios, los médicos de familia pudieron construir una visión alternativa y un modo distinto de hacer medicina. Cuando la medicina de familia se institucionaliza, convirtiéndose en una especialidad más, se generó una tensión de ser *contracultural* y *conservadora* al mismo tiempo, al estar inserto dentro del sistema de salud y la lógica del MMH (Bonet 2014).

Esta tensión se pone de manifiesto en la residencia de medicina familiar. Como describí junto al testimonio de Santiago, ésta se estructura de una forma particular al resto de las residencias. Se divide en tres áreas: los centros de salud en los barrios, las clases dentro del hospital y las guardias. Durante la mañana, los médicos en formación atienden un centro de salud en distintos barrios de Córdoba; durante la tarde tienen clase, o como ellos le llaman, *espacios de reflexión* donde se trabaja a partir de casos; y por la noche, los médicos en formación que tienen turno de guardia, asisten hasta el día siguiente que no van al dispensario, sino que tienen descanso post guardia hasta la tarde que acuden a las clases. Otra característica de esta residencia, es que tienen *horizontalidad a full*, cada año cumple una función específica dentro de las tareas, pero no existe una división jerárquica, de igual manera que fueron descritas para las residencias de cirugía general y clínica médica.

La dimensión del cuidado, como dimensión redentora de la presencia propiamente humana en los modelos asistenciales -en contraposición a la transición tecnológica que inserta al sector de salud en una re-ingeniería global de sistemas productivos-, no sólo se aplica hacia la idea del bienestar de la población y el paciente, sino que también se aplica a la idea de que es necesario cuidarse para poder cuidar (Ayres, 2000). Bajo esta lógica es que se estructura este sistema particular de residencias, tal como lo describí anteriormente.

A pesar de que esta residencia posee una mirada alternativa sobre la medicina, ha podido generar cambios al interior de su espacio formativo como es el descanso post guardia y la horizontalidad del trabajo. Por otro lado, la institucionalización de la medicina familiar como especialidad generó que la residencia tuviera que funcionar dentro de un hospital,

con una lógica de funcionamiento que ellos mismos critican. Una docente de la residencia en medicina familiar me comenta al respecto:

“El hospital te desafía a que no tenés territorio, tenés un área de influencia pero las personas viven en un montón de lugares. Entonces eso hace que tengas otras dificultades, laburar con lo institucional.”

Laburar con lo institucional, como expresa la docente, implica trabajar con una lógica asociada al MMH. Lo que implica en muchos casos conflictos entre dos lógicas diferentes de concebir los procesos de salud-enfermedad. Durante mi trabajo de campo, pude observar cómo los médicos formados dentro de la lógica del MMH, que trabajan en la guardia junto a los médicos en formación en medicina familiar, trataban peyorativamente a estos últimos tratándolos de *hippies*, los acusaban de charlar demasiado tiempo con los pacientes y no comprendían la finalidad de la especialidad. Muchos de ellos me comentaban que *“médico general se sale de la facultad”* y que ellos mismos habían estudiado una carrera *más importante* como clínica o cirugía. La tensión que se genera entre estas dos lógicas de acción se generó a partir de la institucionalización de la medicina familiar, como expresa Bonet,

“El que comenzó siendo una vía marginal, alternativa y contrahegemónica, característica que les permitió generar una epistemología marginal, alternativa y contrahegemónica, se transformó en una especialidad más inserta en el campo biomédico” (Bonet, 2014: 112).

A través de la institucionalización, la medicina familiar procuró legitimar una posición para el grupo y de esa forma, legitimarse. Por su parte, el MMH intentó incorporarlos al sistema y de esa forma sacarles su fuerza renovadora (Bonet, 2014). Dentro de la residencia médica se expresa esta tensión, en tanto que la residencia en medicina familiar opera con una lógica que refiere al MAPS dentro de una institución que responde a una lógica del MMH. Pero a su vez, esta tensión pone de manifiesto que es posible modificar la forma en que se estructura una residencia dentro de la misma institución, respetando la integridad física y psíquica de los pacientes y médicos en formación.

Conclusión

En esta etnografía incursioné sobre los presupuestos que llevaban a los médicos recién formados a adherir al sistema de residencias como instancia privilegiada de acceso a la profesión médica. Y sobre cuáles son las estrategias de permanencia o resistencia que los médicos en formación adquieren en la incorporación de su *habitus* médico, en el contexto de las relaciones de subordinación y dependencia que se establecen dentro del campo.

Para poder dar cuenta de estos interrogantes, comencé analizando el contexto en el cual la residencia se incorpora al Sistema de Salud Argentino, como parte de un proceso de centralización hospitalaria y especialización técnica. Estos nuevos cambios demandaron aumentar la cantidad y calidad de atención hospitalaria, problemática que fue resuelta con la incorporación de los residentes y concurrentes. Con la excusa de su educación, se logró mejorar la atención de los hospitales a bajos recursos. La residencia se convirtió de ese modo en un bloque estructural del modelo hospitalario moderno.

Pudimos observar, a través de los testimonios hallados, cómo el rol asistencial se impuso sobre el formativo desde los comienzos. Los médicos en formación son expuestos a largas jornadas laborales que imposibilitan la reflexión crítica del trabajo realizado y la adquisición de nuevos conocimientos.

Por otro lado, analicé los efectos del tipo de enseñanza inculcada en la formación de grado en la elección de la residencia como el *único camino* posible de formación de postgrado. A pesar de que existe un abanico de posibilidades para continuar la formación, como las carreras científicas y otros tipos de postgrados, estas alternativas son invisibilizadas a partir de un control simbólico donde se impone la residencia como el *único camino*. Los jóvenes médicos que no ingresan a la misma, acceden a realizar el mismo trabajo *ad honorem*, ante la representación que lleva a diseminar la creencia de que al no hacerlo quedan reclusos a los márgenes del sistema impuesto.

Una vía de indagación central estuvo atenta a la elección de la especialidad como vector de diferenciación y jerarquización de las trayectorias y las posiciones de los jóvenes

profesionales. Los médicos que optan por una determinada especialidad, lo hacen conscientes de que para formar parte de una élite de especialistas es necesario transitar una residencia, donde las exigencias y los maltratos serán relativas al grado de legitimación de cada sector. Es en este desequilibrio donde se acentúa la movilización de recursos no provistos por la enseñanza, como el capital económico, simbólico y social. Dentro del campo médico, las especializaciones con mayor sofisticación técnica-instrumental se encuentran en una posición jerárquica mayor a otras. Bajo esta lógica, a mayor sub-especialización técnica, mayor son las posibilidades de obtener una posición de poder dentro del campo.

Para poder acceder a esta élite profesional, los médicos deben transitar por un ritual de pasaje donde incorporan, a través de dinámicas de castigos y disciplina, el orden médico y las reglas de juego del campo. Aprenden que hay jerarquías tanto dentro de cada especialidad, como entre tales, que pueden en todo momento remarcar su condición dominante. Por otra parte, se aprende que no es posible sustraerse de esa forma de proceder. Tornarse médico 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.

Al terminar de transitar por este proceso, a partir de la apropiación de ciertas redes personales, académicas y laborales, los médicos son re-integrados al campo médico dotados de un nuevo status, una nueva posición, con derechos y obligaciones que le serán propios.

Las residencias médicas son un reflejo del campo médico, modificar este sistema implicaría transformar este sistema de salud, sostenido bajo un esquema de recursos humanos altamente especializados. La medicina de familia propone una lógica distinta al MMH, basada en los conceptos de cuidado y atención primaria de la salud, que se refleja en la organización de la residencia, donde los médicos en formación tienen derecho a descanso post guardia, al buen trato y la reflexión crítica.

Días antes de entregar este trabajo me crucé por casualidad con uno de los médicos en formación en clínica médica, quien me comentó que dos residentes habían renunciado, una de ellas, con un brote psicótico. Que ellos mismos tuvieron que hacerse cargo de las guardias vacantes, por lo que estaban realizando cerca de 3 guardias semanales cada uno. Esta situación ya era intolerable y estaban pensando realizar un paro en la guardia. Además, me dijo que había estado pensando en mi estudio, y me invitó a ser parte de las asambleas. Este episodio me emocionó y me hizo reflexionar sobre el rol de la antropología como herramienta de transformación. Es para ellos que escribo, es junto a ellos que escribo y son ellos los que deben apropiarse del material teórico producido como una herramienta que le sirva para reflexionar sobre sus prácticas. Esa charla me dio el ánimo de seguir profundizando sobre la temática para poder aportar desde mi lugar, a mejorar la situación laboral de los médicos y la atención de los pacientes. Es a nuestros nativos a quienes nos debemos.

En un futuro, a mediano plazo, me gustaría profundizar este estudio sobre los médicos recién egresados que se encuentran al margen -tanto voluntariamente como no- de este sistema. No hay que olvidar que más allá de todas las dificultades en las que viven los médicos en formación dentro de la residencia, se encuentran en una situación de privilegio sobre los que no ingresan. Además, me gustaría abordar con mayor profundidad los movimientos de resistencia que se fueron dando en los últimos años. Así también poder realizar un estudio comparativo del sistema de residencias en ámbitos público y privados, para profundizar mi comprensión sobre la temática.

Bibliografía

A.M.A 1969. *5tas. Jornadas y 1er Encuentro Nacional de Residencias Médicas*. Buenos Aires. 18/19 y 20 de diciembre 1996.

ACERBI, C. et al. 2003. *Recuerdos del ayer y el hoy en el hospital nacional de Clínicas. Homenaje en el 90 aniversario de su inauguración*. Córdoba. Museo Histórico Hospital Nacional de Clínicas.

ARCHETTI, E. 1994 "Masculinity and Football: The Formation of National Identity in Argentina". En Richard Giulianotti y John Williams (eds.). *Game without Frontiers*. Londres. Arena, pp. 225-243.

ARRIZABALAGAA, P. VALLS-LLOBERTB, C. 2005. "Mujeres médicas: de la incorporación a la discriminación." *Programes Sanitaris (CAPS)*. París, 150, 1.a -2.a . 08036.

AYRES, J. R. 2000. "Cuidado: tecnologia ou sabedoria prática?" *Interface-comunicação, saúde, educação*, 4(6), 117-120.

BONET, O. 2004. *Saber e Sentir: uma etnografia da aprendizagem da biomedicina*. Rio de Janeiro. Editora Fiocruz.

BONET, O. 2014 *Os médicos da pessoa. Um olhar antropológico sobre a medicina de família no Brasil e na Argentina*. Rio de Janeiro. 7 Letras.

BORELL BENZ, M. R. 2005. *La educación de postgrado en Argentina: el desafío de una nueva práctica educativa*. 1ª ed. Buenos Aires. Organización Panamericana de la Salud: OPS.

BOURDIEU, P. 1989. "Sistemas de enseñanza y sistemas de pensamiento." En: Gimeno Sacristán y Pérez Gómez. *La enseñanza y su práctica*. Madrid. Editorial Akal.

BOURDIEU, P. 1991. *El sentido práctico*. Madrid. Taurus.

BOURDIEU, P. 1996. (1976) *La reproducción. Elementos para una teoría del sistema de enseñanza*. México DF. Editorial Laia.

- BOURDIEU, P. 1999. "El campo científico". En: *Intelectuales, política y poder*. Buenos Aires, Eudeba.
- BOURDIEU, P. 1999. *Meditaciones pascalianas*. Barcelona. Anagrama.
- BOURDIEU, P. 2002. "Estrategias de reproducción y modos de dominación". En: *Colección Pedagógica Universitaria*. N° 37-38. Enero/ Julio Julio/Diciembre. 1-21.
- BOURDIEU, P. et al. 2002 (1973) *El oficio de sociólogo. Presupuestos epistemológicos*. Buenos Aires. Editorial Siglo XXI.
- BUTLER, J. 2007. *El género en disputa. El feminismo y la subversión de la identidad*. Buenos Aires. Editorial Paidós.
- BUZZI, A. 2010. "Historia de la medicina: Reminiscencias del internado en el pabellón de practicantes y de la sala IV del Hospital Nacional de Clínicas (1954-1955)". *Revista de la Asociación Médica Argentina*, Vol. 123, Número 2.
- CASTRO, R. 2011. *Teoría social y salud*. Buenos Aires. Salud Colectiva.
- CENDALI F. 2009. "Políticas de salud pública en tres peronismos". *XXVII Congreso de la Asociación Latinoamericana de Sociología*. Buenos Aires. Asociación Latinoamericana de Sociología.
- COMELLES, J. M. 1993. "La utopía integral en salud. Autoatención, práctica médica y asistencia primaria". *Revisiones en salud pública*. 169-192
- DELGADO S. et.al. "Las médicas, sus prácticas y el dilema de la feminidad". *Estudios de sociolingüística* (Universidad de Vigo), 2003, 4 (2), 589-611.
- FOUCAULT, M. 2004 [1953]. *El nacimiento de la clínica: una arqueología de la mirada médica*. Buenos Aires. Siglo XXI.
- GARZÓN MACEDA, F. 1887. *Tomo II: De los hospitales en Córdoba desde 1573 hasta 1916. La medicina en Córdoba. Apuntes para su historia*. Buenos Aires. Rodríguez Giles.
- GEERTZ, C. 1994. *Conocimiento Local. Ensayo sobre la interpretación de las culturas*. Barcelona. Editorial Paidós.

GIL, G. J. 2004. "Fútbol y ritos de comensalidad. El chori como referente de identidades masculinas en la Argentina". *Lima Anthropologica* v.22 n.22

GIROUX, H. 1990. *Los profesores como intelectuales*. Barcelona. Paidós.

GOFFMAN, E. 2001. *Internados: ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales*. 1er ed. 3ra reimp. Buenos Aires. Amorrortu editores.

GOOD, B. 2003 [1994] *Medicina, Racionalidad y experiencia. Una perspectiva antropológica*. Barcelona. Editions Bellaterra.

GUBER, R. 2005 (1991) *El salvaje metropolitano. Reconstrucción del conocimiento social en el trabajo de campo*. Buenos Aires. Paidós.

GUTIÉRREZ, A. B. 2006. *Las prácticas sociales: una introducción a Pierre Bourdieu*. Buenos Aires. Ferreyra Editor.

LE BRETON, D. 2002. *La sociología del cuerpo*. Buenos Aires. Ediciones Nueva Visión.

LÓPEZ-MORALES, A. et al. 2007. Síndrome de burnout en residentes con jornadas laborales prolongadas. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc*. 45 (3): 233-242.

MALINOWSKI, B. 1986. *Los argonautas del Pacífico*. Barcelona. Editorial Paneta-Agostini.

MASLACH, C. JACKSON S. 1981. "The measurement of experienced burnout". *Journal of Occupational Behavior*; 2:99-113.

MENÉNDEZ, E. 1988. "Modelo Médico Hegemónico y Atención Primaria". *Segundas Jornadas de Atención Primaria de la Salud*. 1988 30 de abril al 7 de mayo. Buenos Aires. Pág. 451-464.

MENÉNDEZ, E. 1990. *Morir de alcohol. Saber y hegemonía médica*. México. Alianza editorial Mexicana.

MENÉNDEZ, E. 1992. "Modelo hegemónico, modelo alternativo subordinado, modelo de autoatención. Caracteres estructurales". Campos Navarro R, comp. *La antropología médica en México*. México: Instituto Mora/Universidad Autónoma Metropolitana.

MINISTERIO DE SALUD. 2014. *Examen único de ingreso a residencias médicas. Examen estadístico de Examen Único 2013*. Dirección Nacional de Capital Humano y Salud Ocupacional. Subsecretaría de Políticas, Regulación y Fiscalización. Secretaría de políticas, regulación e institutos. Ministerio de Salud. Presidencia de la Nación.

MINISTERIO DE SALUD. 2014. *Planificación y gestión del Sistema Nacional de Residencias (SNR) en Argentina*. Dirección Nacional de Capital Humano y Salud ocupacional. Ministerio de Salud. Presidencia de la Nación.

OUTOMURO, D. 2010. "Algunas paradojas en la enseñanza actual de la medicina interna en Argentina". *Educ Med*, 13(3), 137-143.

SILBERGLEIT, C. 2009 "Produciendo saberes hegemónicos. El caso de la residencia médica en un hospital Universitario." *Tesis de Licenciatura de Antropología Social*. Buenos Aires. Universidad de Buenos Aires. Facultad de Filosofía y Letras.

SILBERGLEIT, C. 2009. "Produciendo saberes hegemónicos. Una mirada antropológica sobre las residencias médicas hospitalarias." Facultad de Filosofía y Letras. UBA.

SILBERMAN, P. 2013. "El problema de las Residencias: cuando un modelo no alcanza a adaptarse a la realidad implica que hay que cambiar el modelo o la realidad. *Archivos de Medicina Familiar y General*." *Archivos de Medicina Familiar*. 5-6.

TURNER V.W. 1988. *El proceso ritual*. Editorial Taurus.

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

Abreviaturas y siglas.

APS: Atención primaria de la salud.

HNC: Hospital Nacional de Clínicas.

UNC: Universidad Nacional de Córdoba.

MAPS: Modelo de Atención primaria de la Salud.

MMH: Modelo Médico Hegemónico.